



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Ciencias Sociales

Unidad de Posgrado

**Participación institucionalizada de los usuarios en la  
Superintendencia Nacional de Salud**

**TESIS**

Para optar el Grado Académico de Magíster en Política Social con  
mención en Gestión de Proyectos Sociales

**AUTOR**

María Stephanie JERI DE PINHO

**ASESOR**

Fabiola Tatiana YECKTING VILELA

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Jeri, M. (2018). *Participación institucionalizada de los usuarios en la Superintendencia Nacional de Salud*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

---

12-R  
103-P.

# 170

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
UNIDAD DE POSGRADO

**ACTA PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAGÍSTER EN POLÍTICA SOCIAL  
MENCIÓN EN GESTIÓN DE PROYECTOS SOCIALES**

En Lima, a los treinta días del mes de Enero del año dos mil dieciocho, reunidos en la Sala de Grados de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, a horas 10:00 a.m., bajo la Presidencia del Mg. ESTHER JUDIT VIDAL CÓRDOVA y con la concurrencia de los demás Miembros del Jurado Examinador, se inició el acto académico invitando a la graduanda **MARÍA STEPHANIE JERI DE PINHO**, para que realice la sustentación de su Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Política Social, mención en Gestión de Proyectos Sociales, titulada:

**“PARTICIPACIÓN INSTITUCIONALIZADA DE LOS USUARIOS EN LA  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD”**

A continuación fue sometido a las objeciones por parte del Jurado. Terminada esta prueba y verificada la votación; se consignó la calificación correspondiente a:

..... C BUENO 16 .....

Por cuanto, el Jurado, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, acordó recomendar a la Facultad de Ciencias Sociales para que proponga que la Universidad Nacional Mayor de San Marcos otorgue el Grado Académico de Magíster en Política Social, mención en Gestión de Proyectos Sociales, a la Bachiller **MARÍA STEPHANIE JERI DE PINHO**. Siendo las 11:00 a.m. y para constancia dispuso se extendiera la presente Acta y firmaron:

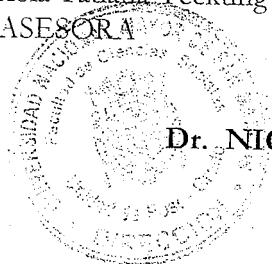
Mg. Esther Judit Vidal Córdova.  
PRESIDENTE

Mg. Enrique Marino Jaramillo García.  
MIEMBRO

Mg. Jorge García Escobar.  
MIEMBRO

Mg. Carmen Aurora Marcela Vildoso Chirinos.  
MIEMBRO

Mg. Fabiola Tatiana Yeckting Vilela.  
ASESORA



**Dr. NICOLÁS JAVIER LYNCH GAMERO**  
DIRECTOR

*A Dios, por la vida y la oportunidad de trascender.*

*A mi hija Cristina y mi madre Luz, las dos mujeres que motivan mi  
caminar en la vida.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis hermanos Carlos y Redy, gracias por su apoyo y ayuda invaluable.

A Leonardo Ríos, por su ayuda incondicional, por compartir sus sabios consejos sobre la participación ciudadana, por mostrarme que el camino del empoderamiento de los ciudadanos puede ser posible.

A mi asesora Fabiola Yeckting, gracias por su guía y apoyo constante.

A Miguel Rodríguez, por todo su apoyo y orientación.

A mí querida amiga, Magaly Cabezas, gracias por todo su apoyo y amistad.

A los miembros de las Juntas de Usuarios, gracias por su inspiración y sus enseñanzas, sin ellos no se hubiera podido presentar esta investigación.

A los colegas que me ayudaron con sus referencias y aportes para enriquecer este trabajo.

A las personas que conozco y conocí en el trabajo diario, porque me han enseñado que podemos construir una sociedad más justa y equitativa.

## **ÍNDICE GENERAL**

<b>RESUMEN</b>	vii
<b>ABSTRACT</b>	ix
<b>GLOSARIO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS</b>	xi
<b>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN</b>	1
1.1. Situación problemática	1
1.2. Formulación del problema	8
1.3. Justificación teórica	11
1.4. Justificación práctica	12
1.5. Objetivos	17
1.6. Planteamiento hipotético	17
<b>CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO</b>	19
2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación	19
2.2. Antecedentes de investigación	23
2.3. Bases teóricas	25
<b>CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA</b>	39
3.1. Tipo de investigación	39
3.2. Método y diseño de la investigación	39
3.3. Población y muestra de la investigación	40
3.4. Identificación y operacionalización de variables	41
<b>CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	44
4.1. Análisis, interpretación y discusión de resultados	44
4.2. Pruebas de hipótesis	89
<b>CONCLUSIONES</b>	92
<b>RECOMENDACIONES</b>	97
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	99
<b>ANEXOS</b>	103
Anexo A: Cuestionario para recojo de información	103

## Lista de gráficos

<i>Figura 1. Escalera de ocho niveles de participación</i>	32
<i>Figura 2. Línea de tiempo de evolución de la Superintendencia...</i>	45
<i>Figura 3. Organigrama de la Superintendencia Nacional de Salud</i>	49
<i>Figura 4. Línea de tiempo de evolución de la Superintendencia...</i>	57
<i>Figura 5. Evolución de las JUS en las regiones</i>	73

## Lista de cuadros

Cuadro 1. Población para muestreo de la investigación	40
Cuadro 2. Matriz de consistencia	42
Cuadro 3. Visión institucional y misión institucional...	50
Cuadro 4. Comparación objetivos estratégicos...	52
Cuadro 5. SUSALUD, misión, normativa y líneas de acción	54
Cuadro 6. IPROM y sus pilares de acción	55
Cuadro 7. Marco normativo que sustenta la JUS	56
Cuadro 8. Modelo de participación Ciudadana	59
Cuadro 9. Actividades de las Juntas de Usuarios	65
Cuadro 10. Actividades de fortalecimiento institucional...	66
Cuadro 11. Apoyo de la Secretaria Técnica de la JUS...	67
Cuadro 12. Miembros que conforman la Junta de Usuarios	69
Cuadro 13. ¿Cómo se encuentra conformada?	70
Cuadro 14. ¿Qué procesos se desarrollan para la conformación...	72
Cuadro 15. ¿Cuáles son las herramientas e instrumentos...	73
Cuadro 16. Miembros de las Juntas de Usuarios por tipo...	75
Cuadro 17. Miembros de las Juntas de Usuarios organizados y...	76
Cuadro 18. Rango de edades y sexo de los miembros...	77
Cuadro 19. Población originaria y lengua materna...	78
Cuadro 20. Organizaciones que conforman las Juntas de Usuarios	79
Cuadro 21. Nivel de instrucción y ocupación...	80
Cuadro 22. Tiempo de participación en la Junta de Usuarios	81
Cuadro 23. Participación en otros espacios por tipo de organización	82



Cuadro 24. ¿Cuáles son las herramientas o instrumentos...	83
Cuadro 25. Planes de trabajo y niveles de ejecución...	84
Cuadro 26. Percepciones de los miembros de las Juntas de Usuarios...	85
Cuadro 27. Principales resultados de las actividades de la Junta...	87
Cuadro 28. Relación entre Planes de trabajo...	88
Cuadro 29. Participación en la implementación del plan...	89

## RESUMEN

La protección de los derechos en salud, se encuentra directamente relacionada con la garantía del ejercicio del Derecho a la Salud, entendido no sólo como el derecho al nivel más alto alcanzable de salud física y mental, sino al acceso universal a la atención en salud.

El ejercicio del derecho a la salud implica también que otros derechos estén garantizados, como el derecho a la participación, una participación promovida e institucionalizada desde el Estado, mediante la creación de espacios y mecanismos que promuevan el empoderamiento de los usuarios.

Desde el año 2013, los esfuerzos para involucrar a los usuarios, en la protección de sus derechos, cobran mayor fuerza a partir del fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) que, en cumplimiento de su función, promueve la participación de los usuarios a través de la conformación y funcionamiento de Juntas de Usuarios de los Servicios de Salud (JUS), configurada en mecanismos de participación y diálogo entre los usuarios con la superintendencia.

Con la presente investigación se analiza la experiencia de la JUS y su contribución con los objetivos propuestos por SUSALUD, en el período comprendido entre los años 2013 al 2016, mediante una investigación descriptiva que combina métodos cuantitativos y cualitativos.

Entre los principales hallazgos, se puede resaltar la importancia de la promoción de la participación a través de instancias del estado, como es el caso de SUSALUD; la necesidad de contar con un modelo de participación ciudadana, instrumentos y herramientas para medir sus resultados y avances; la necesidad de desarrollar los enfoques de género e interculturalidad en el modelo de la JUS; los planes de trabajo de las JUS, que se constituyen en el principal instrumento de acción, en cuya implementación se evidencia eficiencia y eficacia.

Entre las principales recomendaciones, se plantea la ampliación de las JUS a nivel nacional, buscando llegar a los niveles locales, ya que ha demostrado eficiencia y eficacia en sus intervenciones. Sobre los enfoques de género e interculturalidad, se recomienda un mayor desarrollo en las JUS a través de la necesidad de plantear un estudio nacional, así como identificar acciones de coordinación interinstitucional con las instancias de gobierno para promover su sostenibilidad.

**Palabras clave:** Derecho a la Salud, protección de derechos, participación ciudadana.

## **ABSTRACT**

The protection of rights in health is directly related to the guarantee of the exercise of the right to health, understood not only as the right to the highest attainable level of physical and mental health but to universal access to health care.

The exercise of the right to health also implies that other rights are guaranteed, such as the right to participation, a participation promoted and institutionalized from the State, through the creation of spaces and mechanisms that promote the empowerment of users.

Since 2013, efforts to involve users in the protection of their rights have been developed by the strengthening of the National Superintendence of Health (SUSALUD), which, in compliance with its role, promotes the participation of users through the formation and operation of Users Boards (JUS), which are configured in mechanisms of participation and dialogue between users with SUSALUD.

The present research analyzes the experience of the JUS and its contribution to the objectives proposed by SUSALUD in the period 2013-2016, through a descriptive research that combines quantitative and qualitative methods.

Among the main findings are the importance of promoting participation through state institutions, such as SUSALUD, the need to have a citizen participation model, tools and documents to measure results and progress, the need to develop gender and intercultural approaches in the model of the JUS, JUS work plans that constitute the main instrument of action, demonstrating efficiency and effectiveness in its implementation.

Among the main recommendations are the expansion of JUS at the national level, seeking to reach the local levels, since it has demonstrated efficiency and effectiveness in their interventions. Regarding gender and

intercultural approaches, further more development, is recommended through the need to develop a national study, as well as identify inter-institutional coordination actions with government bodies to promote their sustainability.

Key words: Right to Health, protection of rights, citizen participation.

## GLOSARIO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AUS	Aseguramiento Universal en Salud
AIDSEP	Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana
CNS	Consejo Nacional de Salud
CIESAS	Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
CIES	Consorcio de Investigación Económica y Social
CLAS	Comunidad Local de Administración en Salud
DL	Decreto Legislativo
DS	Decreto Supremo
ENAH0	Encuesta Nacional de Hogares
ENSUSALUD	Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud
ESSALUD	Seguro Social del Perú
IAFAS	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
INDESOL	Instituto Nacional de Desarrollo Social
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IEP	Instituto de Estudios Peruanos
IDG	Índice de Desigualdad de Género
IPC	Índice de Participación Ciudadana
IPESM	Instituto Peruano de Economía Social
IPROM	Intendencia de Promoción de Derechos en Salud
JUS	Junta de Usuarios de Servicios de Salud
LMAU	Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
MINSA	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSITRAN	Organismo Supervisión de la Inversión en Infraestructura de Uso Público
OSIGNERMIN	Organismo Supervisor de la Inversión en Energía y minería

OSIPTEL	Organismo Supervisor de Inversión Privada en Telecomunicaciones
PAC	Programa de Administración Compartida
PEI	Plan Estratégico Institucional
ROF	Reglamento de Organización y Funciones
SERNAM	Servicio Nacional de la Mujer
SEPS	Superintendencia de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud
SIS	Seguro Integral de Salud
SNCDS	Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud
SUNASA	Superintendencia Nacional de Aseguramiento Universal en Salud
SUNASS	Superintendencia Nacional de Servicios de Saneamiento
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
UGIPRESS	Unidades de Gestión de IPRESS

## **CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Situación problemática**

En el marco de las acciones que el Estado viene implementando para la protección de los derechos en salud en nuestro país, se han desarrollado acciones desde la perspectiva de los prestadores de servicios de salud (públicos y privados) y desde los usuarios (organizados y no organizados), cuyos resultados reflejan todavía poca cooperación entre los actores del sistema de salud y limitada participación de los usuarios en dichos servicios, situación que no permite acercar las demandas de los usuarios a la gestión de los servicios de salud, limitando la protección de sus derechos de manera efectiva.

La protección de los derechos en salud se encuentra directamente relacionada con la garantía del ejercicio del Derecho a la Salud, entendido no sólo como el derecho al nivel más alto alcanzable de salud física y mental sino al acceso universal a la atención en salud. Si se analiza el tema, desde la perspectiva de derechos, coincidimos con lo siguiente:

(...) es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación; es decir, todas las personas, por el hecho de existir, tienen derecho a la salud. Esta perspectiva genera obligaciones y responsabilidades para los Estados, que tienen que incluir en su marco jurídico y normativo la obligación de respetar, proteger, promover, facilitar y proveer el acceso universal a la salud, así como garantizar que las personas, sin ningún tipo de discriminación, hagan uso de su derecho a la salud. (Arroyo & Cáceres & Chávez & Ríos, 2004, p.18)



Según el Informe Técnico N°1 de Condiciones de Vida en el Perú, del Instituto Nacional de Estadística e Informática, para el último trimestre del año 2016, sobre el acceso a los servicios de salud, el 41,4% de la población, al tener un problema de salud, buscó atención y un 58,6% no; quienes buscaron atención, recurrieron a los establecimientos médicos del Ministerio de Salud en un 16,1%; a EsSalud acudió un 5,2%; y a las farmacias o boticas, un 19,2% (INEI, 2016); situación que muestra que existe un alto porcentaje de la población que no accede a los servicios de salud, lo que limita el ejercicio de sus derechos y la obligación de las instituciones del Estado de respetar, proteger, promover, facilitar y proveer el acceso universal a la salud, como es el caso de la protección de estos derechos.

En relación al acceso a la salud, es importante resaltar que son las poblaciones marginadas o históricamente desfavorecidas, sobre todo mujeres, las que más acuden a los servicios de salud y quienes presentan mayores problemas para el ejercicio de sus derechos, tal como se detalla a continuación:

En el campo de la cultura y las resistencias para el ejercicio de los derechos humanos, una situación particular es la de las mujeres, ya que su condición de subordinadas está presente —más o menos con las mismas características— en la mayoría de las culturas, y en la mayor parte de estas sociedades, los Estados están muy poco interesados en revertir esta situación. Ello lleva a una pregunta elemental: ¿cómo podría establecerse la aspiración al disfrute del más alto nivel de salud para todas y cada una de las personas si existen inequidades socialmente toleradas, aceptadas e incluso promovidas? Reconociendo la importancia del aspecto cultural, debemos también estar de acuerdo con que la estructura socioeconómica, con sus instituciones y relaciones de poder, consolida una perspectiva contraria al ejercicio de los derechos de las mujeres. (Arroyo et al., 2004, p. 22-23)

En tal sentido, lograr que las mujeres ejerzan sus derechos en salud, implica modificar los roles y las posiciones sociales que se han establecido, cambiando las relaciones de poder y de desigualdad de género, influyendo de

dicha manera en el diseño de las políticas, los programas y las prácticas de salud, y por lo tanto, en el empoderamiento de las mujeres para ejercer sus derechos. (Arroyo et al., 2004).

Cabe precisar que, para medir la desigualdad de género en el país, se cuenta con el Índice de Desigualdad de Género (IDG), que considera las diferencias de género en salud, empoderamiento y mercado laboral. Para el país, en el año 2015, dicho índice se encontraba en 0,420. (INEI, 2016).

Adicionalmente, el aspecto intercultural en la atención de los servicios de salud de acuerdo a lo señalado por los Informes de supervisión de la Defensoría del Pueblo, en los años 2008 y 2015, coincide en lo siguiente:

(...) la implementación de la interculturalidad en los servicios de salud estatales del Perú es aún incipiente y esta ausencia contribuye a la vulnerabilidad en salud de las poblaciones indígenas, las que son afectadas por diversas formas de discriminación cultural, inequidades sociales y exclusión política. (Chávez & Yon & Cárdenas, 2015, p.9)

Dicha situación muestra que la barrera cultural es un factor limitante para el acceso a los servicios de salud tal como se señala a continuación:

En salud, el mayor porcentaje de población que no cuenta con ningún seguro de salud es aquella que tiene como lengua materna algún idioma originario como quechua o aimara (61% y 80%, respectivamente). De manera similar, los porcentajes de partos no institucionales más altos se encuentran en estos grupos sociales, y es notorio cómo la población de la selva (otras lenguas), se encuentra en franca exclusión en relación con el parto. Será imposible avanzar en mejorar la cobertura del parto institucional en el área rural sin serios esfuerzos de adecuación cultural de los servicios. (Banco Mundial, 2011, p. 440)

Dicha situación debe ser analizada desde la antropología médica, que pone énfasis en las relaciones de poder asimétricas en la construcción del conocimiento sobre la salud, así como en las condicionantes estructurales de la situación de salud de la población. Entre estas condicionantes están la

exclusión política, la inequidad social en el acceso a recursos, así como la discriminación racial, étnica y de género (Chávez et al., 2015). Dichas condicionantes se observan en la calidad de la atención en salud, en la relación entre usuarios y proveedores de los servicios de salud, espacios de participación y en su influencia en el ejercicio del derecho a la salud.

El ejercicio del derecho a la salud implica también que otros derechos estén garantizados, como es el derecho a la participación, por lo que resulta indispensable desarrollar acciones que promuevan la participación ciudadana de los usuarios de los servicios de salud en la gestión de los mismos. Hunt (2006), en la Tercera Conferencia Nacional de Salud, promovida por el Foro de la Sociedad Civil en Salud (ForoSalud), señaló, sobre el derecho a la salud, que no sólo enfatiza la importancia de reducir la carga de enfermedades y de daños a la salud y a las condiciones para una vida saludable, sino también involucra la importancia de que dicho objetivo se alcance a través de procesos democráticos e inclusivos.

Por ello, para el ejercicio de los derechos en salud, se requieren procesos en los cuales el ciudadano ejerza su derecho a la participación, una participación promovida e institucionalizada desde el Estado, mediante la creación de espacios y mecanismos que promuevan el empoderamiento de los usuarios, pasando de una relación de “clientes” a sujetos de derechos con capacidades, información y organización. Tal como se señala a continuación:

(...) para que el Estado cumpla el rol de garante de los derechos de salud se requiere que la ciudadanía tenga una amplia conciencia acerca de éstos. Por lo tanto, las evidencias sobre la capacidad de agencia (*human agency*) y el sentido de empoderamiento son importantes para que se empiece a ejercer derechos. (Arroyo et al., 2004, p. 80)

Según la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Usuarios 2016, el 78.6% de los mismos señaló que sí sabe sus derechos en salud; el 19.3% indicó que no tiene derechos; y el 2.2% no respondió la pregunta. Sin embargo, cuando se consultó sobre los derechos al acceso a servicios de salud, a la atención y recuperación, recibir información, atención y consentimiento

informado, los usuarios que afirmaron conocer bastante sus derechos fueron sólo el 22.45%, mientras que los que decían no contar con suficiente información, el 77.55%; y sólo el 20.3% de los usuarios insatisfechos han hecho efectivo su reclamo (INEI ENSUSALUD, 2016).

En salud, promover dicha participación es de suma importancia para garantizar el acceso a los servicios. Para el Ministerio de Salud (MINSA), la participación en el sector se basa en el respeto a la dignidad de toda persona, que implica la obligación estatal inmediata de brindar garantías para la igualdad en el trato y la no discriminación en la atención de la salud, por lo que resulta indispensable garantizar el acceso de la población excluida y más vulnerable a servicios de salud oportunos y de calidad.

La participación ciudadana es el pilar más importante para el logro de la democratización de la salud por ello se realizará la promoción y consolidación de la participación ciudadana en la definición de las políticas de salud, implementación de las mismas, así como en su vigilancia y control. Se fortalecerá la administración compartida de los servicios de salud a través de la vinculación de este modelo de administración de los establecimientos de primer nivel con los Gobiernos Locales en el Proceso de descentralización en salud, adecuando el marco normativo e instrumentos necesarios para ello. Se realizará también la promoción de otras formas de participación de los ciudadanos como asociaciones de pacientes y comités de vigilancia de la calidad de atención que se brinda en los establecimientos de salud. (MINSA, 2007, p.19)

De acuerdo al enfoque sectorial, se constituye el conjunto de procesos y prácticas mediante las cuales los usuarios hacen que los derechos en salud se garanticen, se respeten y se protejan de manera eficaz y universal. El enfoque del ente rector también concibe la participación como una forma que permite ampliar la base del capital social en las acciones a favor de la salud de la población, definir prioridades, generar compromisos y vigilar su cumplimiento.

En nuestro país son pocos los espacios institucionalizados promovidos por el Estado para la participación de los usuarios, en salud, que permitan acercar sus demandas y necesidades a la gestión pública. Si nos remontamos a la historia, en muchos casos los gobiernos, en la práctica, han concebido a la participación de manera clientelista, como es el caso de algunos programas de apoyo social que han traído como consecuencia el fortalecimiento de lazos de dependencia entre los gobiernos y las organizaciones sociales para obtener favores políticos, y son pocas las experiencias de participación, en salud, en la que los usuarios de estos servicios ejercen sus derechos bajo un enfoque de co-responsabilidad entre el Estado y la sociedad. Sin embargo, existe poca evidencia de la medición de los resultados de dicha participación en relación con los objetivos propuestos, lo que hace difícil conocer su eficacia y eficiencia.

Entre las experiencias más importantes tenemos a las Comunidades Locales de Administración en Salud (CLAS), el Consejo Nacional de Salud (CNS) y las Juntas de Usuarios de Servicios de Salud (JUS).

Las CLAS, promovidas por el Programa de Administración Compartida (PAC), buscaban promover la descentralización de los establecimientos de salud a través de la participación de la comunidad en la cogestión de los servicios de salud. Se encuentran integradas por miembros de la comunidad que viven alrededor de un establecimiento de salud y por el jefe del mismo; cuentan con responsabilidad legal y financiera para la administración de los centros y puestos de salud de su jurisdicción, y disponen de recursos que le transfiere el Estado y los que se generan por las atenciones realizadas en el propio establecimiento; disponen de recursos públicos para pagar horas extras al personal o contratar personal adicional con la finalidad de ampliar los horarios de atención (Du Bois, 2004).

En el Reglamento de la Ley CLAS, N° 29124, que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y las regiones, se precisa que la participación ciudadana es toda forma de intervención de los actores sociales en el planeamiento, organización, ejecución, evaluación, rendición de cuentas y

vigilancia ciudadana de los procesos en salud y sus determinantes en su ámbito correspondiente.

El modelo propuesto en las CLAS ha logrado impactar positivamente en las poblaciones más vulnerables y excluidas de nuestro país, ya que cuenta con Planes de Salud que han permitido orientar sus objetivos y medir sus resultados en la cogestión de estos servicios.

El CNS, desde el año 2002, bajo el sustento de la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDs), es un órgano consultivo del Ministerio de Salud y de la Coordinación Nacional del SNCDs; aquel tiene la finalidad de coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud a través de la promoción de su implementación concertada, descentralizada y mediante la coordinación de los planes y programas de todas las instituciones del sector, a efectos de lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos.

El CNS ha mostrado avances en proponer lineamientos de políticas y en la construcción de planes de salud, mas no se ha evidenciado el cumplimiento de las otras funciones establecidas por Ley, por lo que requiere acciones que lo fortalezcan (Sánchez, 2012).

Las JUS, promovidas por la Superintendencia Nacional de Salud, se configuran en mecanismos de participación y diálogo entre los usuarios con SUSALUD; promueve la escucha al ciudadano para contribuir con la protección de los derechos en salud, experiencia que será desarrollada posteriormente como parte de la presente investigación.

Otras experiencias que se han encontrado, como parte de las expresiones de los ciudadanos, son las redes de organizaciones a nivel nacional, asociaciones de pacientes y comités de vigilancia ciudadana de la calidad de atención que se brinda en los establecimientos de salud.

## **1.2. Formulación del problema**

La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), en su actual configuración organizativa y funcional, es una entidad pública relativamente nueva, ya que fue creada el 06 de diciembre del año 2013 en base a la Superintendencia Nacional de Aseguramiento (SUNASA), que a su vez se conformó sobre la base de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS).

La SUNASA fue creada como parte de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (LMAUS), Ley N° 29344 que se emitió el 09 abril del año 2009. Esta Ley establece el marco normativo del Aseguramiento Universal en Salud en el Perú, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento.

El Aseguramiento Universal en Salud (AUS) surgió como respuesta a la necesidad de reducir las diferencias existentes en el acceso a los servicios de salud y mejorar la rentabilidad social de los recursos públicos que se asignan a este sector, mediante cambios en el financiamiento, regulación y gestión. Se concibió como un proceso obligatorio, progresivo, garantizado, regulado, descentralizado, transparente y sostenible. La indicada Ley modificó la organización del financiamiento en salud y la manera como ésta se debía articular con la provisión de servicios, con la finalidad que, en épocas de escasez de recursos, no se reduzca el subsidio público de salud. Además, planeó incluir, en la seguridad social en salud, a segmentos significativos de la población carentes de estos beneficios, fijando un derecho social exigible que el Estado tiene la obligación de garantizar.

El AUS se configuró como el medio para garantizar el derecho a la atención en salud con calidad y en forma oportuna que tiene toda la población residente, en el territorio nacional, desde su nacimiento hasta su muerte.

Además, se propuso como garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en el Perú, en todas las etapas de la vida. Este contó con actos y normas orientados a compensar el costo de la atención a quien la necesite, con el aporte de los contribuyentes y el Estado, articulando instituciones, regímenes, procedimientos, financiamiento y prestaciones necesarias para solucionar determinados problemas de salud, priorizando a la población más vulnerable y de menos recursos. Gracias al AUS, los derechos adquiridos previamente al proceso de aseguramiento y durante el mismo no sufren ningún menoscabo y se ejerce la ciudadanía en la formulación y seguimiento de las políticas de Aseguramiento Universal en Salud. De lo antes expuesto, se puede concluir que, en relación a la situación de la población actualmente, el AUS no ha garantizado el acceso a la salud de la población como hemos visto en cifras antes mencionadas.

Con la aprobación del Decreto Legislativo N° 1158, de fecha 06 de diciembre de 2013, en el que se establecieron las medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la SUNASA por la de Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), se amplió el ámbito de competencia de SUSALUD y se indicó que la entidad es desconcentrada y de alcance nacional. También se asignó, con estas ampliaciones funcionales, un mayor presupuesto en comparación con el que tenía la SUNASA.

La Superintendencia Nacional de Salud, surgió como organismo público técnico especializado, adscrito al Ministerio de Salud, con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera, cuya finalidad es promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso pleno a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien las financie; del mismo modo, asume competencias para regular, supervisar, autorizar y registrar a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS); así como la función de supervisar y registrar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS), precisiones que se encuentran detalladas en la normativa antes mencionada.



A la institución también se le brindan los medios de ejecución que permitan garantizar el cumplimiento de las sanciones por parte de las IAFAS e IPRESS, y la facultad de imponer medidas correctivas con el objetivo de corregir o revertir los efectos que la conducta infractora hubiere ocasionado o evitar que ésta se produzca nuevamente. Asimismo, cuenta con competencias que le permiten promover la participación ciudadana, construyendo para estos efectos espacios de diálogo con las organizaciones de la sociedad civil y entidades del sector salud.

En tal sentido, desde el año 2013, los esfuerzos para involucrar a los usuarios en la protección de sus derechos en salud cobran mayor fuerza a partir del fortalecimiento de la SUSALUD, como se mencionó anteriormente.

La SUSALUD cuenta con una Intendencia de Promoción de Derechos en Salud (IPROM), responsable de establecer, implementar, conducir y promover las actividades orientadas a fortalecer el ejercicio de derechos y deberes, brindar orientación y difundir información a la ciudadanía, usuarios y a todos los actores del sistema de salud. La IPROM diseña varias estrategias para cumplir con su mandato por Ley, una de ellas se encuentra relacionada con la participación ciudadana de los usuarios en la protección de sus derechos, que coincide con la función de SUSALUD de promover la participación y vigilancia ciudadana, y propiciar mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad.

Para el caso de SUSALUD, y en cumplimiento de su función, esta institucionaliza la participación de los usuarios a través de la conformación y funcionamiento de Juntas de Usuarios de los Servicios de Salud (JUS).

Las JUS, promovidas por SUSALUD, se basaron en los resultados de un diseño participativo realizado en las regiones de Ayacucho, Lambayeque Loreto y Lima en el año 2013; se priorizó, en una primera etapa, la conformación de estas en las regiones de Lima y Callao, en el año 2014, y Arequipa, Ayacucho, Cusco, Lambayeque y Loreto, en el año 2015. A la fecha se encuentran en pleno funcionamiento.

Por lo antes expuesto, es importante conocer cómo contribuye la participación institucionalizada de los usuarios en los objetivos propuestos por

la Superintendencia Nacional de Salud, para el período 2013-2016; así como qué dimensiones, de la participación institucionalizada de los usuarios, se miden en relación a los objetivos propuestos por la Superintendencia Nacional de Salud y cómo se mide la eficiencia y eficacia de la participación institucionalizada de los usuarios en relación a los objetivos propuestos por la Superintendencia Nacional de Salud.

### **1.3. Justificación teórica**

#### ***1.3.1. Desde el punto de vista científico – técnico***

La investigación contribuye con generar conocimiento sobre la gestión de las políticas sociales relacionadas con la participación ciudadana en salud, en el marco de la protección de los derechos de esta índole, ya que se cuenta con poca información sobre espacios de participación existentes, y su contribución con la protección de los derechos de salud.

Los hallazgos permiten orientar los procesos técnicos de las Juntas de Usuarios o el diseño de futuros mecanismos o espacios de participación institucionalizados que puedan adaptarse a las distintas realidades de nuestro país.

## **1.4. Justificación práctica**

### ***1.4.1. Desde el punto de vista institucional, social o personal***

Los derechos en salud y participación cuentan con un amplio marco normativo, pero con pocos mecanismos para su implementación; situación que se quiere analizar con la presente investigación tal como podemos apreciar.

#### **El derecho a la salud**

La salud tiene un lugar preponderante en el ordenamiento jurídico del país y en el marco de las políticas de Estado. En tal sentido, se recogen los aspectos referidos a la salud, presentes en diversas políticas y normas generales y específicas.

El Acuerdo Nacional (2002), en su decimotercera política de Estado, se refiere al acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, brindando orientaciones para la posterior selección de prioridades de acción. En los compromisos se aprecia la promoción de la participación en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.

De esta política de Estado se desagregan distintos objetivos, sectoriales y multisectoriales, para ser implementados por los gobiernos nacionales de turno:

- a) Potenciar la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas.
- b) Promover la prevención y el control de enfermedades mentales y de los problemas de drogadicción.
- c) Ampliar el acceso al agua potable y al saneamiento básico, y controlar los principales contaminantes ambientales.

- d) Desarrollar un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y reemergentes, de acuerdo con las necesidades de cada región.
- e) Promover hábitos de vida saludables.
- f) Ampliar y descentralizar los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños, adultos mayores y discapacitados.
- g) Fortalecer las redes sociales en salud, para lo que se deberá garantizar y facilitar la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, seguimiento, evaluación y control de las políticas de salud, en concordancia con los planes locales y regionales correspondientes.
- h) Promover la maternidad saludable y ofrecer servicios de planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción.
- i) Promover el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado.
- j) Promover el acceso universal a la seguridad social y fortalecer un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes.
- k) Desarrollar políticas de salud ocupacionales, extendiendo las mismas a la seguridad social.
- l) Incrementar progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud.
- m) Desarrollar una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuada de los recursos humanos involucrados en las acciones de salud para asegurar la calidad y calidez de la atención a la población.

- n) Promover la investigación biomédica y operativa, así como la investigación y el uso de la medicina natural y tradicional.
- o) Restablecer la autonomía del Seguro Social.

En la Constitución Política del Perú (1993) se señala a la salud como un derecho básico de los peruanos, tal como se detalla a continuación:

(...) todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad. (Constitución Política, 1993, p. 5).

En la Ley General de Salud (1997) se señala, a manera de principios, que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, su protección es de interés público y el Estado tiene la responsabilidad de regularla, vigilarla y promoverla. Asimismo, que toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la Ley; asimismo, se agrega, que el derecho a la protección de la salud es irrenunciable. El concebido es sujeto de derecho en el campo de la salud, por lo que la salud pública es responsabilidad primaria del Estado, en tanto que la responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado. Así también, se declara que es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición y de salud mental de la población, los de salud ambiental, así como los problemas de salud del discapacitado, del niño, del adolescente, de la madre y del anciano en situación de abandono social. Por último, declara de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea, siendo responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

## **El derecho a la participación**

En nuestro país, la participación ciudadana constituye un avance importante en la modernización del Estado en su relación con la ciudadanía. El Perú es uno de los pocos países que tiene un marco legal de participación ciudadana relativamente amplio y detallado, principalmente dirigido a los gobiernos subnacionales (gobiernos regionales, municipios provinciales y distritales) y que se ha incorporado con cierta formalidad en algunas dimensiones de la gestión pública y la vida social.

Los derechos de participación de los ciudadanos están presentes de manera general en la Constitución Política del Perú (1993), tales como:

- a) El derecho a la elección de autoridades.
- b) Derecho a la remoción y revocatoria de autoridades subnacionales.
- c) La iniciativa legislativa.
- d) El referéndum.
- e) La demanda de rendición de cuentas.

Además, existen leyes específicas que plantearon ampliar el ejercicio de este derecho en el marco de la Reforma del Estado, en particular la descentralización, incorporando mecanismos e instancias formales para la participación ciudadana. Con ello se buscaba que los ciudadanos se involucren en las decisiones públicas y en la democratización del Estado, para contribuir con la gestión pública y la mejora de la calidad de los servicios y la provisión de bienes públicos.

Estos avances, en nuestro país, han sido resultado de los procesos políticos y sociales que este atravesó desde la transición democrática de inicios de este siglo; de diversos antecedentes de planificación y priorización de inversión pública con participación ciudadana en gobiernos locales, acontecidos desde mediados de la década de los años noventa; de nuevas orientaciones y prioridades en las políticas de reforma y modernización del

Estado, promovidas desde las agencias multilaterales como el Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, entre otros, donde aparece como prioritaria la mayor eficiencia del Estado, dentro del marco de una nueva gestión pública, y el reconocimiento de la importancia de la participación ciudadana.

Si bien se han incorporado formalmente los derechos a la participación en diversos ámbitos del aparato público, no han sido suficientes para lograr una extendida y permanente intervención de los ciudadanos, tampoco han habido resultados de impacto para las entidades que lo implementaron, tal como se señala a continuación:

El reto ahora, tanto para el Estado como para la sociedad civil, es el desarrollo de una verdadera cultura participativa y de inclusión para todos los peruanos. Este reto implica la puesta en práctica de un sistema de participación ciudadana que, conceptualmente, está en construcción, pero que, además, enfrenta obstáculos a su legitimidad. (Carrión, 2004, p.2)

Por lo antes expuesto, en relación a la salud y la participación como derechos, la investigación permite contar con información sobre la experiencia de las Juntas de Usuarios y el logro de sus objetivos en el marco del ejercicio de los derechos en salud como una expresión de participación ciudadana. Además, permite fortalecer las relaciones de las JUS con otros actores sociales, tales como: organizaciones de pacientes, organizaciones sociales e instituciones públicas y privadas bajo un enfoque de gestión territorial.

El tema de la participación ciudadana y su medición son parte de la política social estatal, con poca prioridad en la agenda pública. En ese sentido, la investigación puede contribuir a una mayor discusión del tema e incluso a la sensibilización de los actores sociales involucrados en el funcionamiento de las Juntas de Usuarios.

De manera personal, la investigación permite aplicar todos los conocimientos obtenidos en el período de estudios de maestría y contribuir aportando conocimiento sobre el tema para futuras investigaciones.

#### **1.4.2. Desde el punto de vista metodológico**

La investigación permite medir los resultados de la participación institucionalizada de los usuarios en las Juntas de Usuarios de Servicios de Salud promovidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

A través de las técnicas de observación, revisión de fuentes secundarias, elaboración de línea de tiempo y encuesta a miembros de las Juntas de Usuarios, se analizó la protección de los derechos en salud y la participación de los usuarios promovidos por la Superintendencia Nacional de Salud.

### **1.5. Objetivos**

#### **1.5.1. Objetivo general**

Identificar la contribución de la participación institucionalizada de los usuarios en los objetivos propuestos por la Superintendencia Nacional de Salud para el período 2013-2016.

#### **1.5.2. Objetivos específicos**

- a) Identificar las dimensiones de la participación institucionalizada de los usuarios, que se miden en relación a los objetivos propuestos por la Superintendencia Nacional de Salud.
- b) Analizar los mecanismos e instrumentos para medir la eficiencia y eficacia de la participación institucionalizada de los usuarios en relación a los objetivos propuestos por la Superintendencia Nacional de Salud.



## **1.6. Planteamiento hipotético**

### ***1.6.1 Planteamiento general***

Las cinco actividades de la Junta de Usuarios, definidas en su marco normativo, contribuyen con los objetivos propuestos por la Superintendencia Nacional de Salud, y son medibles a través del plan de trabajo.

### ***1.6.2 Planteamientos específicos***

- Las dimensiones de la participación institucionalizada de los usuarios, que se miden, son las dimensiones opinativa y asociativa en relación a los objetivos propuestos por la Superintendencia Nacional de Salud.
- La eficiencia de la participación institucionalizada es medible a través del plan de trabajo concertado entre la Junta de Usuarios y la Superintendencia Nacional de Salud.
- La eficacia de la participación institucionalizada se mide a través del desarrollo de las cinco actividades de la Junta de Usuarios definidas en su marco normativo.

## **CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación**

La protección de los derechos en salud, relacionada directamente con la garantía del Derecho a la Salud, genera obligaciones y responsabilidades para los Estados, relacionándose los derechos con la condición de ciudadanía.

Para efectos de la presente investigación se entiende a la ciudadanía, según López, como la:

(...) condición del hombre moderno. Este se caracteriza por ser una persona con derechos y responsabilidades en su relación con el Estado y la comunidad política. Los derechos se sostienen por medio de garantías constitucionales, institucionales, organizativas y recursos que el Estado moderno ofrece. (1997, p. 39)

El hombre moderno y sus derechos emergen de la revolución copernicana, cuando se produce un cambio de perspectiva en la relación de los gobernantes con los gobernados, supone una concepción individualista de la sociedad y el Estado, tal como se señala, por López, a continuación:

La concepción individualista de la sociedad conduce lentamente desde el reconocimiento de los derechos del ciudadano de un Estado al reconocimiento de los derechos del ciudadano del mundo, cuyo primer peldaño es la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948. (p.45)

Dicho cambio, de las relaciones entre el Estado y la sociedad, logra que prevalezca el punto de vista de los gobernados en relación a los gobernantes

(siendo titulares del poder). También se produce un cambio entre derecho y deber, “En las relaciones de los individuos vienen ahora primero los derechos y después los deberes; en las relaciones del Estado, primero los deberes y luego los derechos” (López, 1997, p. 45).

De la concepción individualista, antes señalada, nace la democracia definida como:

el poder de los individuos tomados uno a uno, de todos los individuos que componen una sociedad regida por algunas reglas esenciales, entre ellas la que atribuye a cada uno, a la vez que a los demás, el derecho a participar libremente en la toma de decisiones colectivas, o bien de las decisiones vinculantes para toda la colectividad. La democracia moderna reposa sobre la soberanía, no del pueblo sino de los ciudadanos. (López, 1997, p. 47)

Se entiende entonces que los ciudadanos son los que toman las decisiones, de manera directa o indirecta, en el momento en el que ejercen su derecho al voto.

Entre los fundamentos de los derechos se presentan cuatro perspectivas tal como se detalla a continuación:

- ***iusnaturalism***: Concibe a los derechos del hombre como “derechos naturales” respaldados por la ley natural y por la naturaleza humana y por ello, anteriores al contrato social y a la sociedad civil. Existen un iusnaturalismo clásico y un iusnaturalismo moderno, la diferencia entre ambos es que el primero pone en el centro el carácter natural o convencional de la justicia, sin ninguna diferencia entre las leyes válidas por naturaleza con las leyes por iniciativa humana; y en el segundo caso, es que la interpretación de la ley natural parte de una igualdad originaria entre todos los individuos que contrasta con la jerarquía del orden natural. (López, 1997).
- **Utilitarismo**: Se dirige contra la idea de los derechos como un contrato originario y sostiene la legitimidad de toda acción política (del gobierno)

que proviene de la utilidad y de la felicidad que dicha acción proporciona a la mayoría de los ciudadanos (López, 1997).

- **Modelo kantiano o dignidad humana como fin:** Señala que los derechos se sustentan y justifican apelando al derecho básico de todo ser humano a un trato acorde con su valor en la especie humana (López, 1997).
- **Historicismo:** Justifica los valores y derechos como conquistas de la humanidad en el consenso. De acuerdo con esta perspectiva, un derecho tiene mayor fundamento cuando es más compartido. Considera a la Declaración Universal de los Derechos Humanos como el mayor consenso histórico (López, 1997).

La concepción de ciudadanía es el resultado de una evolución del concepto que ha pasado del enfoque pasivo, en donde se enfatiza los derechos sobre las responsabilidades, a un enfoque de ciudadanía activa, en la que se busca combinar los valores universales de la ciudadanía con la reivindicación de las diferencias, la posibilidad de que coexistan la ciudadanía universal con la ciudadanía diferenciada.

Según Marshall, citado por López (1997), la ciudadanía social es la última etapa del desarrollo histórico de la ciudadanía moderna, la primera etapa es la ciudadanía civil, que se desarrolló en el siglo XVIII, en la que se da origen a los derechos vinculados a la libertad personal y la autonomía de las personas; la segunda etapa, es la ciudadanía política que se desarrolló en el siglo XIX y dio lugar al derecho a elegir y ser elegido (el manejo político mediante el sufragio universal); la última etapa, es la ciudadanía social que se desarrolló en el siglo XX y dio origen a los derechos económicos y sociales. Para Marshall la expansión de la ciudadanía social reestructuraría las relaciones sociales al hacerlas más igualitarias.

Es discutible la afirmación de Marshall y, coincidiendo con lo que señala López (1997), si se analiza desde una perspectiva de género y raza las tres etapas de la ciudadanía se aplicarían solo a los hombres trabajadores y blancos, debido a que las desigualdades tienen implicancias más profundas.

Un aspecto importante, a considerar, es que la construcción de la ciudadanía civil moderna transformó los derechos y los recursos sociales generando implicancias de la distribución del bienestar social; en las sociedades tradicionales los recursos sociales eran derivados de las relaciones familiares que fueron eliminadas en las sociedades modernas con el surgimiento de los derechos de cada individuo.

En ese sentido, el Estado debe de garantizar los derechos civiles, políticos, económicos y sociales de todos. Desde la mirada de la ciudadanía activa se busca también dar énfasis a las responsabilidades y a la participación en la vida pública. Entonces, la ciudadanía implica tanto derechos como responsabilidades, pero el derecho a participar tiene que preceder a las responsabilidades.

Como se mencionó, la preocupación sobre el ejercicio de la ciudadanía no es un tema nuevo, en la actualidad el debate se puede observar por dos lados: el reconocimiento real de los ciudadanos, por parte del Estado, y la concepción de ciudadanía diferenciada en la que se reconozcan las diferencias culturales de las comunidades (grupos específicos y/o etnias). Dicho enfoque es considerado una identidad también, es la expresión de la pertenencia a una comunidad política. Marshall consideró que la ciudadanía también es una identidad que integraría a los grupos excluidos. Marlon, citado por López (1997), señala que, a través de la ciudadanía diferenciada, dichos grupos serían incorporados a la comunidad política no sólo como individuos, sino como grupos y sus derechos dependerían de su pertenencia a los mismos.

Según López (1997), el tema no tiene que ver con la fundamentación de los derechos, sino con las garantías para que estos derechos se traduzcan en prácticas ciudadanas.

Un debate que se encuentra vigente y que es citado por López (1997) es el debate entre los comunitaristas y los liberales sobre la ciudadanía, las influencias de ambas tendencias, en el caso peruano, han inspirado nuestra ciudadanía. Los comunitaristas sostienen que los vínculos sociales determinan a las personas y que la única forma de entender la conducta humana es

referirla a sus contextos sociales, culturales e históricos. Los individualistas, por su parte, plantean que la comunidad se constituye a partir de la cooperación para la obtención de ventajas mutuas y que el individuo tiene la capacidad de actuar libremente.

Los problemas de la ciudadanía están asociados todavía con la exclusión de grupos específicos; en ese sentido, López (1997) señala que la ciudadanía no es un status legal, sino que es un proceso de construcción de identidad. Por ello, el concepto de ciudadanía diferenciada busca partir del reconocimiento de las diferencias y no de la homogeneidad construida bajo criterios impuestos autoritariamente. Estos grupos diferenciados buscan espacios de inclusión e integración en la sociedad, pero no a partir de la homogenización, sino en conservar su diferencia.

La instauración de estos derechos no es fácil, ya que en un momento dado podría romper la unidad o comunidad política más amplia, pero este esfuerzo puede solventarse a partir de la construcción de un concepto más amplio de ciudadanía, en el cual se incluyan mecanismos de participación y de construcción de nuevas relaciones entre la ciudadanía y el Estado.

El rol de la sociedad civil y los movimientos sociales es el de construir los espacios de lucha con la finalidad de garantizar que estos reclamos tengan respuestas y ayuden a construir un diseño institucional y legal que permita establecer una nueva relación entre el Estado y la sociedad.

## **2.2. Antecedentes de investigación**

A continuación, se presentan algunas investigaciones relacionadas con instrumentos que se han utilizado para medir la participación de los usuarios.

En el año 2011, el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) y el Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL), realizaron un estudio titulado “¿Cómo medir la participación? Creación, validación y aplicación del cuestionario conductas de participación”, en dicha publicación, los autores proponen un instrumento validado y confiable para medir las diversas conductas de participación que permitan determinar el nivel de las mismas en personas y grupos específicos. Entre los principales hallazgos se resaltan los siguientes: a) Es posible medir conductas de participación por medio de un instrumento válido y confiable; b) los procesos de validación del instrumento permitió re-pensar las dimensiones de las conductas de participación, siendo fundamental la dimensión partidaria, no establecida en el diseño original del instrumento; c) el ejercicio de aplicación del cuestionario en las zonas metropolitanas en Veracruz permite concluir con una línea base de la participación en dicha localidad en la que se encuentran correlaciones entre las dimensiones de la participación y d) la necesidad de profundizar, con otro tipo de estudios, la medición de participación ciudadana.

En el año 2005, la Red Interamericana para la Democracia elaboró el Índice de Participación Ciudadana (IPC) como un instrumento para evaluar, de manera periódica y sistemática, los ámbitos y niveles de participación ciudadana en ocho países (Argentina, Perú, México, República Dominicana, Costa Rica, Brasil, Bolivia y Chile), dicho instrumento buscó responder a la necesidad de diagnósticos actualizados, sistemáticos y permanentes, caracterizados sobre todo por una elaboración participativa de las propias organizaciones. Para medir la intervención el IPC se consideran tres tipos de participación: directa, opinativa y en los procesos electorales formales. Entre los principales hallazgos se resaltan: una mayor participación en consultas o encuestas de opinión pública, contacto con medios de comunicación a través de artículos o cartas y contacto al gobierno a través de visitas personales, correos electrónicos, cartas u otros medios.

## 2.3. Bases teóricas

### 2.3.1. Políticas públicas

Para efectos de la presente investigación se analizará el tema de las políticas públicas, donde se considera a la protección de los derechos en salud como una de ellas.

De acuerdo con Béjar, el concepto de política pública supone, en primer lugar, la existencia de lo público y es definida por el autor como “un conjunto de criterios que orientan el comportamiento del Estado respecto de la población” (2011, p.33).

Para ello, el autor (Béjar, 2011) considera tres elementos, que se detallan a continuación:

- ✓ **Población:** en el sentido tradicional (es decir viéndola sólo como población objetivo o factor pasivo), o como actriz o promotora en el sentido contemporáneo más reciente.
- ✓ **Estado:** (administración pública o gobierno) como actor o como espacio que recibe la influencia o la presión de la población.
- ✓ **Políticas sociales:** conjunto de criterios y líneas de acción que, al comunicar los dos primeros, constituyen las políticas sociales en sentido estricto.

El autor resalta también que los funcionarios necesitan de grandes orientaciones para determinar las decisiones que tomarán ante los diversos problemas que deben enfrentar, denominadas políticas públicas.

Además, de acuerdo a lo señalado por Béjar (2011), la política pública se desenvuelve en diversos escenarios: en escenarios institucionales, promovidos por el Estado o en escenarios “cuya relación con el poder no está institucionalizada pero ejercen influencia decisiva sobre el conjunto, como los



medios de comunicación” (Béjar, 2011, p.33). Para el caso del presente estudio analizaremos el tema desde el escenario institucionalizado, como es el de la protección de derechos en salud a través del rol de la Superintendencia Nacional de Salud.

Por otra parte, de acuerdo con Béjar, “cuando el Estado, para legitimarse, pretende cubrir ciertas necesidades de los individuos o ayudarlos a satisfacerlas, se producen las políticas sociales” (2011, p.43). En otras palabras: “La política social sólo puede existir cuando es resultado de valores compartidos por la sociedad, es decir cuando existen en ella grandes consensos. Los demás elementos como los planes, programas, proyectos, actividades y tareas, característicos de la labor planificadora, vienen después (Béjar, 2011, p.43).

En ese sentido, el autor (Béjar, 2011) distingue varias dimensiones de la política social, tal como se detalla a continuación:

- ✓ **Dimensión valorativa:** Se relaciona con valores existentes y compartidos en cada sociedad, se basa en la existencia de un principio de justicia compartido socialmente. Su dimensión funcional la convierte, como hemos visto, en una forma de legitimar la existencia del Estado y facilitar al mismo tiempo la reproducción de la estructura social.
- ✓ **Dimensión política institucional:** Tiene que ver con las costumbres y maneras de comportarse de los grupos sociales. Forma parte de un proceso de institucionalización en el que los actores evolucionan: estado, sindicatos, comunidades, partidos políticos, organizaciones de empresarios, organizaciones de la sociedad civil.
- ✓ **Dimensión histórica procesal:** Porque es resultado de intensos procesos en que los actores sociales entran en tensas contradicciones.
- ✓ **Dimensión normativa y legal:** La política social se expresa en leyes, decretos supremos, decretos legislativos y distintos soportes legales.

En su relación con las políticas es importante considerar que la protección de los derechos, realizada por la Superintendencia, se encuentra

relacionada con demandas específicas, sobre todo de bienes públicos esenciales. En tal sentido, la participación puede ser útil para aumentar la eficacia y eficiencia de las políticas sociales, así como, al ser institucionalizada por el Estado, puede permitir a la población acceder a información, servicios, y tomar parte de las decisiones que involucran su desarrollo futuro.

### **2.3.2. Participación ciudadana**

Cuando se trata del tema de participación ciudadana, es importante realizar una diferenciación con los conceptos de participación social y popular.

Se define a la participación social en el plano conceptual, esto implica la redefinición de los vínculos entre la sociedad civil y el Estado para influir en las decisiones y demandar cuentas sobre su ejecución, desde una perspectiva de búsqueda de la equidad, “(...) en tanto derecho ciudadano, la finalidad del proceso de participación social es influir en las decisiones, para que garanticen una mayor equidad en la distribución de los recursos económicos y de poder” (Verdesoto, 2000, p. 12).

Debe ser entendida como el proceso en que los actores sociales ejerzan influencia sobre las decisiones de desarrollo que les afectan y en las que se diseñan sus orientaciones estratégicas, tal como se detalla a continuación:

El acceso a las decisiones tiene una connotación decisiva en relación con la distribución del poder en un sistema político e, incluye pero trasciende, a la mera incorporación de los beneficiarios y de los usuarios en la dotación de servicios públicos. La participación social efectiviza un derecho ciudadano fundamental. (Verdesoto, 2000, p. 19)

Por otra parte, la participación popular es una forma específica de hacer participación social que busca la equidad en situaciones en que los actores disponen desigualmente de los recursos y oportunidades, o por la existencia de trabas que inhiben la participación.

Apela a las identidades sociales primarias y desenvuelven la vocación de intervención de los actores. Se apoya en una redefinición de la política y la democratización de las instancias en las que interviene. (Verdesoto, 2000, p. 19)

La participación ciudadana es un derecho universal básico y un principio democrático. Es un derecho consagrado por la Constitución Política que permite participar individual y colectivamente en la vida política del país. Un conjunto de leyes han ampliado el ámbito de la participación de los ciudadanos, así como señalado los mecanismos para su ejercicio. Sin embargo, la participación ciudadana es más que el ejercicio de los derechos políticos, se ha convertido en un medio que permite una creciente participación de los ciudadanos en la gestión pública.

En el discurso la participación ciudadana es de suma importancia para el diseño, la implementación y la evaluación de las políticas orientadas al fortalecimiento democrático y a la construcción de gobernanza, ya que permiten dar legitimidad a los procesos, lograr mayor eficiencia y con ello asegurar el éxito de las mismas.

Algunos autores consideran a la participación como un fin en sí misma y como un medio para poder garantizar los otros derechos. Esto quiere decir que la participación es un derecho que permite ejercer los demás derechos, como es el caso del derecho a la salud. Para la presente investigación coincidimos con el concepto de participación ciudadana de Serrano (1998), quien señala:

(...) se refiere al rol del ciudadano en cuanto usuario de los servicios públicos y en cuanto partícipe de las decisiones y gestiones asociadas a la implementación de programas sociales. Desde la perspectiva del usuario, el papel del ciudadano no se limita solo a recibir y usar los servicios, sino a controlar la gestión, plantear demandas, señalar estándares de calidad, ayudar a la toma de decisiones y, en general, colaborar en el perfeccionamiento de la gestión pública. Desde la perspectiva de co-partícipe de políticas y programas, el papel del ciudadano es el de agente activo de las políticas sociales, interlocutor

del Estado y agente del fortalecimiento de la sociedad civil de la cual forma parte. (p.23)

De diversas experiencias señaladas anteriormente, la participación se presenta no como una acción natural, tal como se detalla a continuación:

Es una construcción social, que implica costos y que supone la superación de problemas de acción colectiva, con lo que está lejos de ser una práctica natural y espontánea. Por el contrario, depende de la presencia de recursos materiales o simbólicos movilizables, de la existencia y naturaleza de los liderazgos sociales, de la intervención de agentes externos y de la estructura de oportunidades políticas establecida por el Estado". (Tanaka, 2001, p.10)

Definición con la que se concuerda, para el desarrollo de la presente investigación, al ser las Juntas de Usuarios espacios de participación institucionalizada en la Superintendencia Nacional de Salud.

Además, el autor (Tanaka, 2001), distingue tres grandes contextos o tipos ideales en los que puede ocurrir la participación de acuerdo a distintos grados de complejidad, tal como se detalla a continuación:

- ✓ **Baja:** Corresponde a comunidades muy pobres, asentadas en áreas rurales, aisladas y homogéneas, que aún demandan el acceso a bienes públicos esenciales y con fuertes identidades comunales. Todo esto hace que la participación asuma la forma de un involucramiento generalizado en acciones colectivas.
- ✓ **Media:** Corresponde a comunidades pobres, localizadas en áreas rurales, pero más integradas al mercado y a centros urbanos dinámicos; más heterogéneas y con acceso a los bienes públicos esenciales, con lo que las demandas sociales aparecen bajo la forma de grupos de interés. Para este tipo de comunidades resulta indispensable la intervención de líderes sociales capacitados y con experiencia.
- ✓ **Alta:** Corresponde a comunidades de ámbitos urbanos, con acceso a bienes públicos esenciales y en los cuales los intereses de la población

se expresan tanto por medio de grupos de interés como por iniciativas individuales. En estos casos se registra una gran cantidad de organizaciones y agentes externos que politizan rápidamente las políticas sociales, lo que hacen más complicada la participación y el ejercicio de los liderazgos sociales.

En tal sentido, para el caso de la participación en zonas urbanas, como el caso de las Juntas de Usuarios de Servicios de Salud promovidas por SUSALUD, se encuentran en relación directa a la participación en contextos de complejidad alta, tal como señala Tanaka:

(...) la participación adquiere la forma de un compromiso esporádico que se expresa en grupos de interés y descansa sobre la intervención de líderes sociales que, en realidad cumplen la función de brokers o intermediarios entre la población y agentes externos. Estos actores son “representativos” no por ser expresión auténtica de las bases sociales sino en función de su eficacia”. (2001, p.11)

De acuerdo a lo expresado por el autor es necesario evitar los peligros siguientes:

(...) que dichos líderes y las organizaciones que dirigen defiendan intereses particulares, contrapuestos al interés general y que se pretenda manipular políticamente la representación popular o monopolizarla. Por el contrario, se debe promover la defensa del derecho a la diferencia, a la existencia de formas múltiples de expresión. En esta situación se presentan retos que surgen en contextos pluralistas, como la necesidad de desarrollar mecanismos de coordinación, concertación y control horizontal entre esos líderes sociales y otros actores, como los agentes externos y el Estado. (Tanaka, 2001, p.11)

Si no se toman en cuenta dichos aspectos, la participación puede consolidar prácticas no democráticas que ponen en riesgo la eficacia y eficiencia de las políticas sociales.

De lo antes expuesto, el autor sugiere que la participación debe ser promovida por las políticas públicas como una práctica deseable y no espontánea, que:

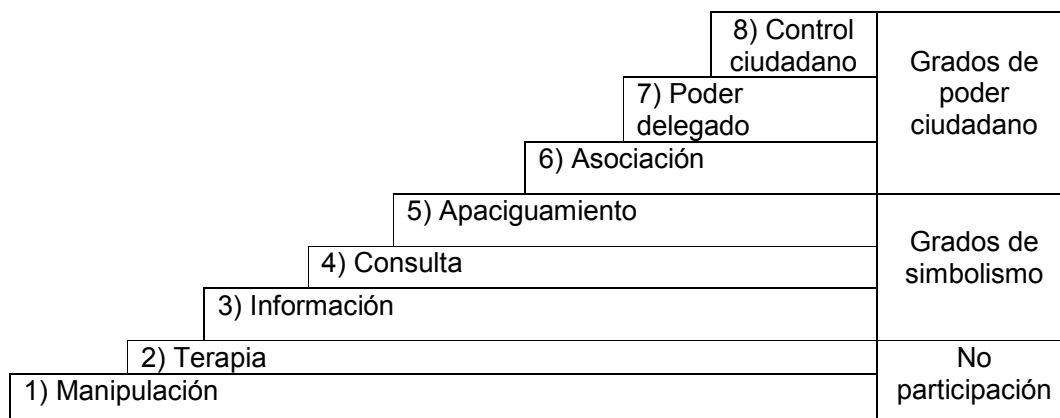
(...) puede servir para alcanzar con mayor *eficacia* el objetivo del desarrollo, sino que, además, bajo ciertas circunstancias, también puede hacer más *eficientes* las políticas sociales, desde el punto de vista del uso de los recursos. (Tanaka, 2001, p.11)

La participación ciudadana implica también la redistribución del poder entre los individuos. Vargas (2010), señala que:

El nivel en que la participación ciudadana permite a los ciudadanos tener el poder real de influir en el proceso de la política depende directamente del cálculo de distribución de poder tolerada por los actores relevantes que se manifiesta de manera formal en los marcos normativos o en el diseño de las modalidades de participación a seguir. (p.5)

Además, el autor realiza una adaptación de un texto clásico de la participación ciudadana de Arnstein en la que señala lo siguiente:

Arnstein (1971) propone una tipología de ocho niveles de participación que es representada gráficamente por una escalera en la que cada nivel de participación se instala de manera ascendente en cada uno de los escalones. Cada escalón corresponde a la cantidad de poder ciudadano en la determinación del producto final del proceso. (Vargas, 2010, p.5)



**Figura 1. Escalera de ocho niveles de participación.** Fuente. Tomado de Vargas (2010). Adaptación de Arnstein (1971)

El autor, muestra que los escalones inferiores son la manipulación y la terapia, ambos describen niveles de “no-participación” que han sido utilizados por algunos como un sustituto de la auténtica participación. El objetivo real no es permitir a la gente participar en la planeación o ejecución de programas, sino el permitir a los actores poderosos el “educar” o “curar” a los participantes. Los escalones de información y consulta, representan cierto nivel de “simbolismo” que permite a los excluidos el escuchar y ser escuchados, sin que esto represente una carga significativa de poder que impulse el cambio del *statu quo*. El escalón apaciguamiento, no es más que una fase superior del simbolismo, ya que los actores poderosos aún detentan el derecho de decidir sobre las opiniones de los excluidos. Más arriba de la escalera se encuentran los niveles de poder ciudadano con crecientes niveles de influencia en la toma de decisiones. La asociación permite, a los excluidos, negociar e intercambiar con los actores poderosos tradicionales. En los escalones superiores se encuentra el poder delegado y el control ciudadano, que permiten a los excluidos obtener la mayoría de los puestos en la toma de decisiones, o el control total de la administración.

Además, señala que dicha escalera tiene algunas limitaciones relacionadas con que los grupos no son “homogéneos con lógicas de acción simples; estos bloques poseen una serie de subconjuntos de integrantes con puntos de vista divergentes e intereses complejos y conflictivos” (Vargas, 2010, p.6).

En ese sentido, la participación en las Juntas de Usuarios busca generar asociación y control ciudadano, coincidiendo con Arnstein, citado por Vargas (2010), en relación a los grados de poder ciudadano. Dicha situación se observa en relación a la conformación y funcionamiento de las Juntas de Usuarios que se detallarán en el análisis posterior.

Por otra parte, sobre la participación es importante analizar las dimensiones de la misma. De acuerdo con Hevia (2011), las dimensiones de la participación son las siguientes:

**Dimensión electoral:** Se caracteriza por el ejercicio del derecho político de votar y ser votado de aquellos ciudadanas/os mayores de 18 años que cumplen con los requisitos legales para hacerlo, y puede ampliarse también a la inclusión de las y los ciudadanas/os en los procesos de organización de las elecciones. (Hevia, 2011).

**Dimensión opinativa:** Tienen que ver con el acto de externar puntos de vista o creencias sobre servicios, programas, instituciones, personas, etcétera, en el espacio público (Hevia, 2011).

**Dimensión asociativa:** Tiene que ver con sumarse a la actuación de un grupo de personas con personalidad jurídica o no (...), sin fines de lucro y que no sea del Estado, en donde se comparten intereses y objetivos iguales o similares en relación al tema que los convoca, en búsqueda de beneficio tanto individual como colectivo (Hevia, 2011).

**Dimensión cívica:** Engloba una serie de comportamientos respetuosos del ciudadano con las normas de convivencia pública. Diversa evidencia muestra que el respeto de las normas sociales, tanto las escritas como las no escritas, es central para el fortalecimiento democrático, para la construcción de confianza social, y en general para la cohesión social (Hevia, 2011).

Finalmente, si se relaciona el tema de la participación ciudadana con el fortalecimiento democrático y la construcción de gobernanza, podemos relacionarla de diversas maneras, por una parte, como se mencionaba anteriormente, la participación permite que se legitimen los procesos implementados, la sostenibilidad de los cambios y como fin en sí mismo promueve el ejercicio de la ciudadanía.

### **2.3.3. Vulnerabilidad y género**

Es preciso señalar que es necesario considerar el tema de la vulnerabilidad de las mujeres, para lo que se toman en cuenta diversas



variables que interactúan entre sí, como las individuales y del entorno en el que se desenvuelven, que pueden convertirse en situaciones de riesgo para la salud de este grupo de la población; una de ellas es el rol que socialmente y culturalmente se le atribuye a las mujeres, sumada a la relativa protección en la que se puede encontrar una persona, o grupo de personas, frente a potenciales daños de la salud y amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas y al respeto de sus derechos.

Las desigualdades y diferencias de género producen que las mujeres aumenten su vulnerabilidad y se encuentren en mayor desventaja.

En tal sentido, Kabeer (1994), plantea que la desigualdad de género, no es sólo un problema de relaciones familiares, por el contrario forma parte de todas las esferas de la vida, incluyendo a las instituciones responsables de las políticas y la planificación para el desarrollo. El género siempre se encuentra relacionado con la clase y relaciones sociales por ello, concluye en la necesidad de cambiar muchos aspectos de las relaciones de género como base para el diseño de políticas de calidad y lograr el desarrollo.

Kabeer (1994), explica que el género se construye como una relación de desigualdad a través de reglas y prácticas de las diversas instituciones, ya sea separadas o relacionadas. Existen cuatro instituciones fundamentales en el proceso de desarrollo: la familia/hogar, el mercado, el estado y la comunidad. Las instituciones están organizadas por jerarquías, con el género como uno de los principales fundamentos de la organización.

Las desigualdades de género asumen diferentes significados en diferentes contextos. Son significativos algunos aspectos de las relaciones sociales para su análisis:

**En el primer nivel**, las instituciones son vistas como un conjunto de reglas, valores, normas oficiales y procedimientos no oficiales, los cuales pueden ser utilizados como facilitadores o como limitantes.

**El segundo nivel**, se caracteriza porque las instituciones involucran prácticas y definen como deben hacerse las cosas.

**En el tercer nivel**, las instituciones involucran recursos, que pueden ser materiales (alimentos, capital, activos), humanos (trabajo y habilidades) o intangibles (información, contactos, influencia política).

En tanto que en el **cuarto nivel** se relaciona el nivel de jerarquía o poder.

En conclusión, las reglas, recursos y prácticas institucionales influirán en la manera en la que se distribuye la autoridad y el poder entre sus miembros. Las reglas y recursos constituyen las prácticas; muchas de estas normas fundamentan las políticas estatales reforzando las desigualdades sociales y por ello, si no se cambian las prácticas que refuerzan las desigualdades de género, es improbable que se logren transformaciones sostenibles.

Adicionalmente, en concordancia con Scott (1986), en la conceptualización del género, hay que considerar dos aspectos estrechamente interrelacionados, que deben ser analizados de forma distinta, como se detalla a continuación:

Por un lado, el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos. Los cambios en la organización de las relaciones sociales corresponden siempre a cambios en las representaciones del poder, pero la dirección del cambio no es necesariamente en un solo sentido. (p. 25)

El género comprende cuatro elementos interrelacionados: El primero, son los símbolos que culturalmente son disponibles y evocan representaciones múltiples y muchas veces contradictorias. El segundo, se encuentra constituido por los conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos, estos conceptos se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas, que afirman categóricamente el significado de varón y mujer, masculino y femenino. Las nociones políticas y referencias a las instituciones y organizaciones sociales, son el tercer aspecto de las relaciones de género, como el sistema de parentesco en la familia, pero se necesita además incluir el mercado de trabajo, la educación y la política. El cuarto aspecto del género es la identidad subjetiva,

“Los historiadores, en cambio, necesitan investigar las formas en que se construyen esencialmente las identidades genéricas y relacionar sus hallazgos con una serie de actividades, organizaciones sociales y representaciones culturales, históricamente específicas” (Scott, 1986, p. 25).

Dichos elementos, no funcionan simultáneamente de forma que uno sea simplemente el reflejo de los otros, pero sí se encuentran relacionados.

De otro lado, Scott (1986) sostiene que el género constituye una forma primaria de relaciones significantes de poder, tal como se detalla a continuación:

Establecidos como conjunto objetivo de referencias, los conceptos de género estructuran la percepción y la organización, concreta y simbólica, de toda la vida social hasta el punto en que esas referencias establecen distribuciones de poder (control diferencial sobre los recursos materiales y simbólicos, o acceso a los mismos), el género se implica en la concepción y construcción del propio poder. (p.26)

La suma de desigualdades que supone ser mujer limita las posibilidades de visualizar y desear cambios culturales que modifiquen los roles genéricos.

La reproducción del sistema patriarcal es asumida sin mayores objeciones por ambos sexos con la vida y destino de las mujeres, la baja autoestima parte de la construcción genérica, se consolida con las vivencias de sub-valoración que implica su pertenencia a un estrato desprotegido. (Salazar, 1994, pp.157-158)

#### **2.3.4. Interculturalidad en salud**

De acuerdo a Salaverry (2010), los conceptos sobre interculturalidad en salud, enfoque o perspectiva intercultural entre otros, han sido considerados en los temas relacionados con la misma, sin entender su significado:

Los términos de interculturalidad en salud, salud intercultural, enfoque o perspectiva intercultural y otros semejantes se han introducido en el discurso y en la práctica de la salud pública en los últimos años, sin que se haya logrado previamente un adecuado consenso sobre su significado, sus diferencias o similitudes e implicancias. (Salaverry, 2010, p. 81)

Dicha situación ha generado algunas confusiones en relación a los proveedores de servicios de salud quienes, sin tener claridad de los conceptos, no cuentan con todas las herramientas para abordar la atención desde la perspectiva de competencia cultural.

De acuerdo con Salaverry “La interculturalidad presupone la interacción entre distintas culturas, pero también que estas culturas estén previamente identificadas, como condición necesaria para que exista un reconocimiento” (2010, p.84).

De acuerdo a la normativa del Ministerio de Salud (2001), se entiende por salud intercultural al proceso de reconocimiento mutuo y de respeto entre culturas diferentes. Su proceso implica el diálogo e intercambio de opiniones y conocimientos, sin imposiciones ni prejuicios, con una apertura de entender al otro, propiciando una convivencia respetuosa, plural y democrática que lleve a un enriquecimiento mutuo.

En ese sentido, es necesario revisar si el modelo de las JUS promueve el reconocimiento mutuo y respeto entre culturas diferentes al interior de las mismas.

En conclusión, por lo antes expuesto, para efectos del desarrollo de la presente investigación, el concepto de política social será analizado desde el escenario institucionalizado y la dimensión política institucional, tal como señala Béjar (2011). En relación al concepto de participación, se tomará lo expresado por Serrano (1998), sobre el rol de los ciudadanos en la participación de las decisiones y gestiones relacionadas con la implementación de los programas sociales.

Además, se considerará en el análisis la participación en contextos de complejidad alta, tal como señala Tanaka (2001); y la participación entendida como medio para aumentar la eficacia y eficiencia de las políticas sociales. Así como también, se tomarán en cuenta los niveles de participación de Arnstein (1971), relacionados con generar asociación y control ciudadano y las dimensiones asociativa y opinativa de la participación señaladas por Hevia, (2011).

Finalmente, también se analizará la participación institucionalizada de los usuarios de los servicios de salud. Desde la perspectiva de género e interculturalidad, se propondrá una forma de mirar la realidad desde la diversidad, identificando las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres, características específicas de cada persona o grupo (género y edad), sus necesidades y sus intereses, que nos permitan visibilizar y entender las relaciones de poder al interior de los espacios de participación institucionalizados por la Superintendencia Nacional de Salud y su influencia en la contribución de la protección de los derechos en salud.

## **CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA**

### **3.1. Tipo de investigación**

El tipo de investigación es descriptiva. La metodología utilizada combina métodos cuantitativos y cualitativos.

Las técnicas utilizadas fueron la observación, revisión de fuentes secundarias, línea de tiempo y encuesta (se diseñó un cuestionario dirigido a los miembros de las Juntas de Usuarios).

Las fases de la investigación se detallan a continuación:

- **Fase exploratoria de la investigación:** se desarrolló con la descripción del objeto de la investigación.
- **Fase de recolección de datos:** se utilizaron las técnicas antes mencionadas.
- **Fase de análisis, sistematización y discusión de los hallazgos:** de acuerdo a la Matriz de Consistencia de la investigación (ver Cuadro N°2).

### **3.2. Método y diseño de la investigación**

La investigación consideró, en el primer capítulo, el análisis de la protección de los derechos en salud y la participación de los usuarios como una

forma de contribuir con dicha protección en el modelo promovido por la Superintendencia Nacional de Salud.

En el segundo capítulo, se abordaron los aspectos teóricos y antecedentes de la investigación.

En el cuarto capítulo, se analizó la información obtenida sobre la Superintendencia Nacional de Salud en la protección de los derechos en Salud y la experiencia de la Junta de Usuarios en siete regiones del país.

Finalmente, se elaboraron las conclusiones y recomendaciones, que permitieron brindar aportes para otros procesos.

### 3.3. Población y muestra de la investigación

La población del presente estudio son los miembros de las Juntas de Usuarios de acuerdo al siguiente detalle:

**Cuadro 1. Población para muestreo de la investigación**

N°	Región	Miembros de la JUS Organizados	Miembros de la JUS no Organizados	Total de Miembros de la JUS	Miembros de la JUS por Sexo	
					Mujeres	Varones
1	Lima	12	18	30	20	10
2	Callao	7	6	13	4	9
3	Ayacucho	10	14	24	15	9
4	Arequipa	10	13	23	10	13
5	Cusco	8	11	19	13	6
6	Lambayeque	10	14	24	17	7
7	Loreto	9	14	23	8	15
		<b>66</b>	<b>90</b>	<b>156</b>	<b>87</b>	<b>69</b>

*Fuente.* Elaboración propia. Información reportada por la IPROM en 2017

El tamaño de la muestra es de 63 personas, con un nivel de heterogeneidad del 50%, margen de error de 9.6% y nivel de confianza de 95.

Para el cálculo de la muestra se empleó la fórmula de muestreo aleatorio:

$$n = \frac{N Z^2_{\alpha/2} pq}{Nd^2 + Z^2_{\alpha/2} pq}$$

de donde:

p = probabilidad de éxito.

q = probabilidad de fracaso.

d = precisión expresada en porcentaje.

en este caso para la estimación de la varianza, tenemos dos opciones:

a) hacer un premuestreo.

b) asumir varianza máxima.

Para nuestro caso: población N = 156; heterogeneidad p = 0.50; q = 1- p = 0.50; error d = 0.096; confiabilidad al 95% entonces Z = 1.96. Reemplazando en la fórmula tenemos:

$$n = \frac{(156)(1.96)^2(0.50)(0.50)}{(156)(0.096)^2 + (1.96)^2(0.50)(0.50)}$$

n = 63 individuos.

### 3.4. Identificación y operacionalización de variables

La identificación y operacionalización de las variables están relacionadas con el tipo de investigación. Se presenta la matriz de consistencia entre las preguntas de investigación, objetivos, hipótesis e indicadores.



Cuadro 2. Matriz de consistencia

TIPO DE INVESTIGACIÓN	ASPECTOS METODOLÓGICOS		UNIDAD DE ANÁLISIS	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	PREGUNTAS	HIPÓTESIS	VARIABLES/ INDICADORES	CONTENIDO BÁSICO
	ENFOQUE METODOLÓGICO	HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS						
Descriptiva	Investigación cuantitativa y cualitativa	Revisión bibliográfica, línea de tiempo y base de datos	Participación de los usuarios; protección de derechos en salud (Superintendencia Nacional de Salud)	Identificar la contribución de la participación institucionalizada de los usuarios en los objetivos propuestos por la Superintendencia Nacional de Salud para el período 2013-2016.	¿Cómo contribuye la participación institucionalizada de los usuarios en los objetivos propuestos por la Superintendencia Nacional de Salud para el período 2013-2016?	Las cinco actividades de la Junta de Usuarios, definidas en su marco normativo, contribuyen con los objetivos propuestos por la Superintendencia Nacional de Salud y son medibles a través del plan de trabajo.	Modelo de participación ciudadana implementado; marco normativo para la participación institucionalizada de los usuarios en la Superintendencia Nacional de Salud; marco normativo de la Superintendencia Nacional de Salud	Revisión bibliográfica y bases de datos (plan estratégico institucional de SUSALUD, Decreto Legislativo N° 1158 y 1289 y Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud)
Descriptiva	Investigación cuantitativa y cualitativa	Revisión bibliográfica y base de datos. Encuesta a miembros de las Juntas de Usuarios de Servicios de Salud	Dimensiones de la participación ciudadana; Juntas de Usuarios de Servicios de Salud	Identificar las dimensiones de la participación institucionalizada de los usuarios, que se miden en relación a los objetivos propuestos por la Superintendencia Nacional de Salud.	¿Qué dimensiones de la participación institucionalizada de los usuarios, se miden en relación a los objetivos propuestos por la Superintendencia Nacional de Salud?	Las dimensiones de la participación institucionalizada de los usuarios, que se miden, opina y asociativa en relación a los objetivos propuestos por la Superintendencia Nacional de Salud	Modelo de participación ciudadana implementado por la Superintendencia Nacional de Salud	Revisión bibliográfica (Políticas públicas, participación ciudadana, género e interculturalidad, modelo de participación ciudadana promovido por la Superintendencia Nacional de Salud)
Descriptiva	Investigación cuantitativa y cualitativa	Revisión bibliográfica, línea de tiempo y base de datos. Encuesta a miembros de las Juntas de Usuarios de Servicios de Salud	Juntas de Usuarios de Servicios de Salud	Analizar los mecanismos para medir la eficiencia y eficacia de la participación institucionalizada de los usuarios en los objetivos propuestos por la Superintendencia Nacional de Salud.	¿Cómo se mide la eficiencia y eficacia de la participación institucionalizada de los usuarios en la relación a los objetivos propuestos por la Superintendencia Nacional de Salud?	La eficiencia de la participación institucionalizada se mide a través del plan de trabajo concertado entre la Junta de Usuarios y la Superintendencia Nacional de Salud. La eficacia de la participación institucionalizada se	Herramientas e instrumentos que se han utilizado para la conformación de las Juntas de Usuarios; herramientas e instrumentos que se han utilizado para el funcionamiento de las Juntas de Usuarios; actividades desarrolladas por los miembros de la Junta de Usuarios para la conformación y	Revisión bibliográfica y bases de datos (modelo de participación ciudadana promovido por la Superintendencia Nacional de Salud; reglamento de la JUS; herramientas e instrumentos para la conformación y



## **CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **4.1. Análisis, interpretación y discusión de resultados**

#### ***4.1.1. Superintendencia Nacional de Salud***

Como se mencionó anteriormente, con la delegación de facultades para legislar en salud, en el año 2013, se emitió el Decreto Legislativo N° 1158, en el que se establecen medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento Universal en Salud (SUNASA), por la de Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), con la finalidad de promover una política pública para la protección de los derechos en salud.

Con dicha reforma, se hace hincapié a que el Sistema Nacional de Protección de los Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud se vincula directamente con la labor de la Superintendencia Nacional de Salud, por lo tanto, una sola entidad debe resguardar, garantizar y promover los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud. (SUNASA, 2013, p.111)

La evolución de la Superintendencia se puede observar en la Figura 2: Línea de tiempo de evolución de la Superintendencia Nacional de Salud en la protección de los derechos en salud.

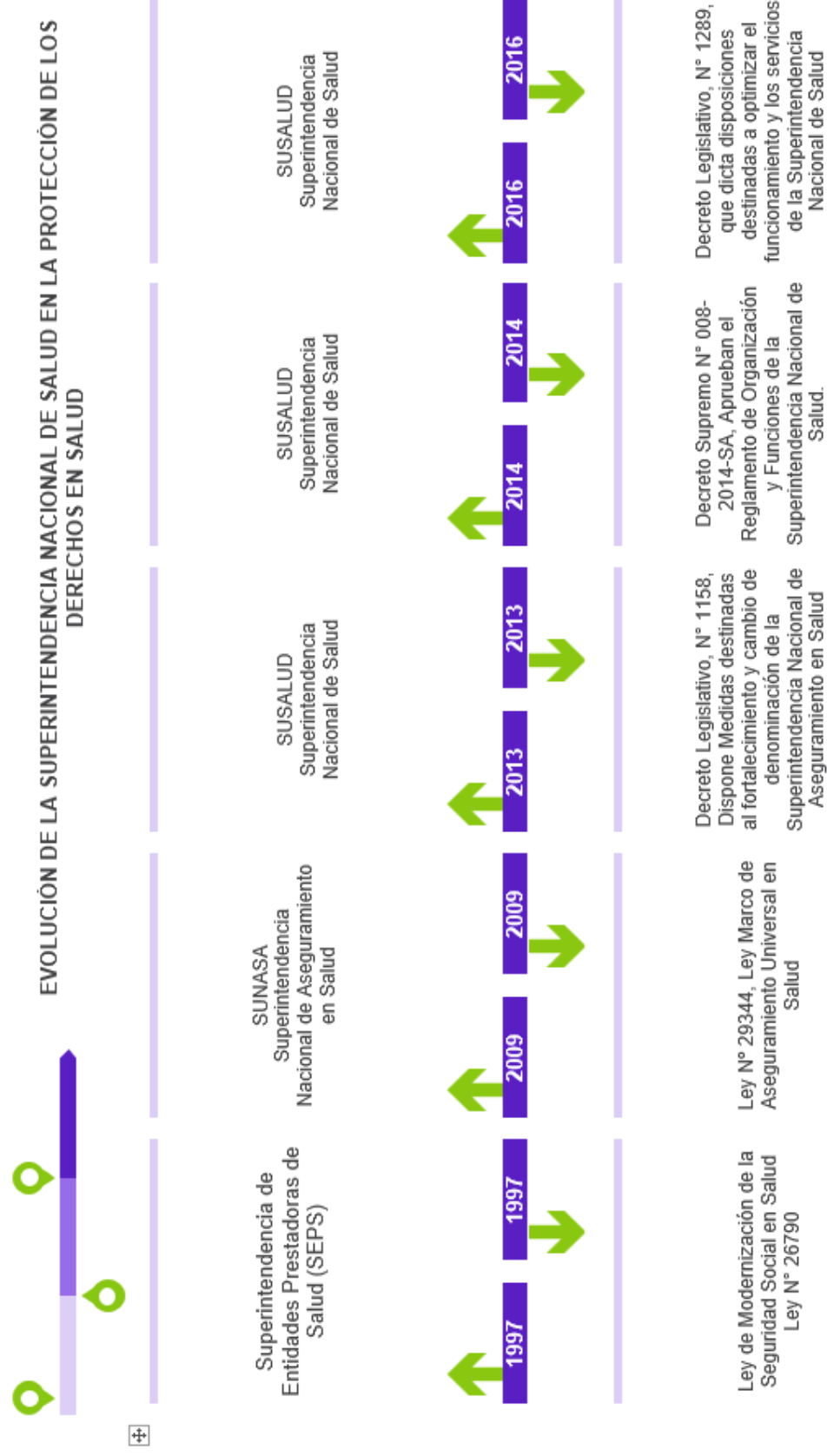


Figura 2. Línea de tiempo de evolución de la Superintendencia Nacional de Salud en la protección de los derechos en salud. Fuente. Elaboración propia.

Con dicho cambio se aprobó, respectivamente, el Reglamento de Organización y Funciones de SUSALUD, mediante Decreto Supremo 008-2014-SA del 10 de junio del año 2014, artículo 4, apreciándose como funciones las siguientes:

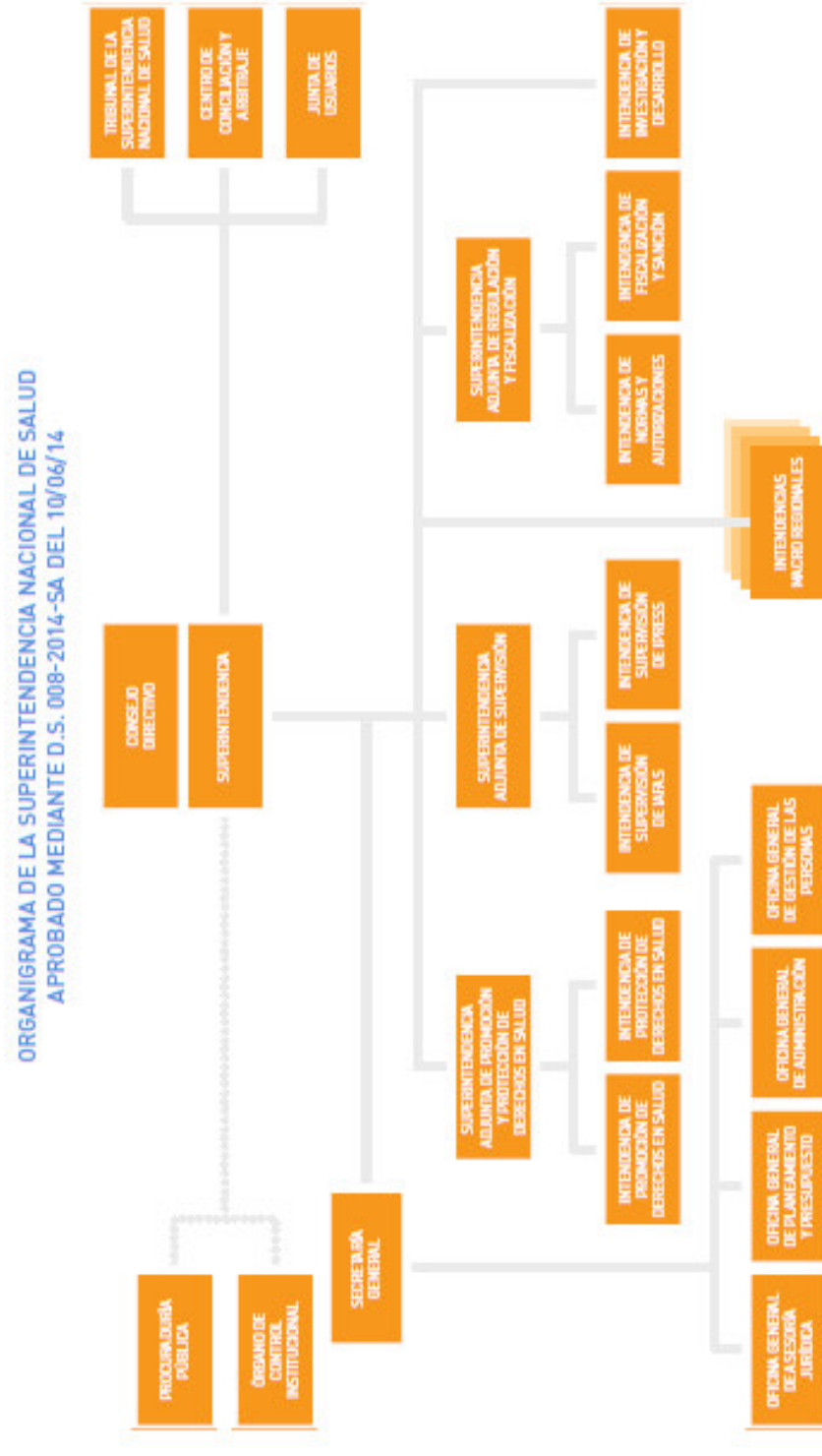
- a. Promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien las financie, así como los que correspondan en su relación de consumo con las IAFAS o IPRESS incluyendo aquellas previas y derivadas de dicha relación de consumo.
- b. Supervisar que el uso de los recursos, destinados a la provisión de los servicios de salud y de los fondos destinados al Aseguramiento Universal en Salud, garanticen la calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad de las prestaciones. En el caso de las IAFAS e IPRESS públicas, de acuerdo a su presupuesto institucional aprobado.
- c. Promover y salvaguardar el acceso pleno y progresivo, de todo residente en el territorio nacional, al aseguramiento en salud bajo los principios establecidos en la Ley N°29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- d. Promover la participación y vigilancia ciudadana y propiciar mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad.
- e. Normar, administrar y mantener el Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud.
- f. Regular, supervisar, autorizar y registrar a las IAFAS. Para el caso de las Empresas de Seguros y AFOCAT, es de aplicación lo dispuesto en el artículo 9° del Decreto Legislativo N° 1158.
- g. Supervisar y registrar a las IPRESS.
- h. Normar, administrar y mantener el Registro Nacional de IPRESS.
- i. Supervisar el proceso de registro y categorización de IPRESS.
- j. Emitir opinión previa, con efecto vinculante, en la categorización de las IPRESS a partir del nivel II.

- k. Conducir y supervisar el proceso de acreditación de las IPRESS y emitir los certificados correspondientes.
- l. Certificar y autorizar, de modo exclusivo, a los agentes vinculados a los procesos de registro, categorización y acreditación de las IPRESS.
- m. Supervisar la calidad, oportunidad, disponibilidad y transparencia de la información generada u obtenida por las IAFAS, IPRESS y Unidades de Gestión de IPRESS, de acuerdo al marco legal vigente.
- n. Regular la recolección, transferencia, difusión e intercambio de la información generada u obtenida por las IAFAS, IPRESS y Unidades de Gestión de IPRESS.
- o. Supervisar y registrar a las Unidades de Gestión de IPRESS.
- p. Identificar las cláusulas abusivas en los contratos o convenios que suscriben las IAFAS con los asegurados o entidades que los representen, según las disposiciones aplicables de la Ley N° 29571 Código de Protección y Defensa del Consumidor, con excepción de las pólizas de seguros de las Empresas de Seguros bajo el control de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones.
- q. Conocer, con competencia primaria y alcance nacional, las presuntas infracciones a las disposiciones relativas a la protección de los derechos de los usuarios, en su relación de consumo con las IPRESS y/o IAFAS, incluyendo aquellas previas y derivadas de dicha relación.
- r. Promover los mecanismos de conciliación y arbitraje para la solución de los conflictos suscitados entre los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud.
- s. Emitir opinión técnica especializada en el ámbito de su competencia, sujetándose a las disposiciones del derecho común y a los principios generales del derecho, sobre los alcances de las normas que rigen a las IAFAS, IPRESS y Unidades de Gestión de IPRESS, constituyendo sus decisiones precedentes administrativos de observancia obligatoria.
- t. Otras que se le asignen para el mejor cumplimiento de sus funciones.

Entre ellas podemos resaltar el inciso “d. Promover la participación y vigilancia ciudadana y propiciar mecanismos de rendición de cuentas a la

comunidad”, como posteriormente revisaremos en el modelo de las Juntas de Usuarios.

Adicionalmente, la Superintendencia se encuentra organizada, conforme al marco normativo, por: un Consejo Directivo, la Superintendencia, Secretaria General, Superintendente, tres superintendencias adjuntas (Superintendencia Adjunta de Promoción y Protección de Derechos en Salud, Superintendencia Adjunta de Supervisión, Superintendencia Adjunta de Regulación y Fiscalización), siete intendencias (Intendencia de Promoción de Derechos en Salud, Intendencia de Protección de Derechos en Salud, Intendencia de Supervisión de IAFAS, Intendencia de Supervisión de IPRESS, Intendencia de Normas y Autorizaciones, Intendencia de Fiscalización y Sanción e Intendencia de Investigación y Desarrollo); entre los organismos autónomos se resalta el Tribunal de SUSALUD, Centro de Conciliación y Arbitraje y la Junta de Usuarios, tal como se puede observar en la Figura 3: Organigrama de la Superintendencia Nacional de Salud.



**Figura 3. Organigrama de la Superintendencia Nacional de Salud. Fuente.** Reglamento de Organización y Funciones de SUSALUD (2014).



SUSALUD cuenta con instrumentos de gestión para el logro de sus objetivos como son los planes estratégicos institucionales. De la revisión de dichos documentos, periodos 2014-2016 y 2016-2018, se puede apreciar para ambos casos que la visión y misión institucional se mantienen.

**Cuadro 3. Visión institucional y misión institucional 2014-2016 y 2016-2018**

	<b>Texto de Plan Estratégico institucional</b>
<b>Visión institucional</b>	En el año 2021 cada persona en el Perú tendrá la seguridad de que sus derechos en salud están protegidos, dada la confianza que genera la Superintendencia Nacional de Salud al ejercer su labor de una manera efectiva, oportuna, transparente y justa.
<b>Misión institucional</b>	Protegemos los derechos en salud de cada peruano.

*Fuente.* Elaboración propia.

En relación a los valores institucionales se pueden apreciar tres nuevos valores que se han incorporado en el Plan Estratégico institucional 2016-2018.

### **Valores institucionales 2014-2016**

**Gestión centrada en el usuario:** actitud de servicio centrada en atender bien a los usuarios, que representan la razón de ser de nuestra entidad. El usuario debe ser atendido como nos gustaría que nos atiendan.

**Orientación a resultados:** actitud que refleja la responsabilidad e identificación institucional generando valor en beneficio de los usuarios y a la sociedad, busca que el trabajo se oriente a materializar los fines en resultados.

**Sentido de urgencia:** actitud orientada a brindar una respuesta de servicio que conduzca a la solución de problemas de manera proactiva e inmediata. Implica desarrollo de prácticas que permitan prever acciones que aseguren el buen manejo de situaciones considerando prioridad y oportunidad.

## Valores institucionales 2016-2018

Se toma en cuenta los valores de gestión centrados en el usuario, orientación a resultados, sentido de urgencia; se añaden los valores de integridad, confiabilidad e imparcialidad que se detallan a continuación:

**Integridad:** implica actuar con rectitud, honestidad y transparencia.

**Confiabilidad:** se genera a partir del cumplimiento de la promesa de valor, lo que proyecta credibilidad, seguridad y confianza a través de los actos y la calidad en los servicios que se brindan.

**Imparcialidad:** actuar con equidad e imparcialidad, basada en criterios objetivos y sin favoritismos. Practicar la no discriminación y la consolidación de la presencia incluyente de la Superintendencia Nacional de Salud en todo el territorio nacional.

En relación a los objetivos estratégicos institucionales, de acuerdo a la revisión de ambos planes, se pueden observar precisiones en los objetivos estratégicos, en el primer plan se consideraron 6 objetivos, que luego pasaron a ser 4 objetivos en el segundo. El único objetivo que se mantiene, en ambos planes, es el “objetivo 1”: Personas empoderadas para el libre ejercicio de sus derechos en salud, como se aprecia a continuación:

**Cuadro 4. Comparación entre objetivos estratégicos 2014-2016 y 2016-2018**

<b>Objetivos</b>	<b>Plan Estratégico institucional</b>	<b>Período</b>
<b>Estratégico 1</b>	<b>Personas empoderadas para el libre ejercicio de sus derechos en salud.</b> Se orienta a: promover y proteger los derechos en salud.	2014-2016 y 2016-2018
<b>Estratégico 2</b>	<b>Instituciones supervisadas otorgan servicios de calidad, confiables, seguros y sostenibles.</b> Se orienta a: reducir el riesgo de vulneración de derechos en salud ejerciendo acciones de supervisión y vigilancia oportunas y eficaces en el territorio nacional.	2014-2016
	<b>Instituciones supervisadas otorgan servicios de calidad, confiables, seguros y sostenibles.</b> Se orienta a: reducir el riesgo de vulneración de derechos en salud ejerciendo acciones de supervisión y vigilancia oportunas y eficaces en el territorio nacional. Regular el funcionamiento de las entidades supervisadas.	2016-2018
<b>Estratégico 3</b>	<b>Reglas de juego claras que permitan el funcionamiento óptimo de las entidades supervisadas.</b> Se orienta a: regular el funcionamiento de las entidades supervisadas.	2014-2016
	<b>Derechos en Salud restituidos</b> Se orienta a: fiscalizar el funcionamiento de las entidades supervisadas para la restitución de los derechos en salud de sus usuarios. Procurar medios alternativos para la solución de controversias que surjan entre las entidades supervisadas y sus usuarios	2016-2018
<b>Estratégico 4</b>	<b>Derechos en Salud restituidos con el ejercicio de la facultad sancionadora.</b> Se orienta a: fiscalizar el funcionamiento de las entidades supervisadas para la restitución de los derechos en salud de sus usuarios a través del procedimiento Administrativo Sancionador.	2014-2016
	<b>Organización efectiva que toma decisiones con base a información útil confiable y cuenta con equipo humano comprometido.</b> Se orienta a: garantizar la gestión estratégica de la información y el conocimiento. Lograr la gestión efectiva de los recursos de la organización.	2016-2018
<b>Estratégico 5</b>	<b>Sistema de información disponible, útil y confiable para la toma de decisiones.</b> Se orienta a: garantizar la gestión estratégica de la información y el conocimiento.	2014-2016
	No considera	2016-2018
<b>Estratégico 6</b>	<b>Organización efectiva y equipo humano que garantiza una atención comprometida con sus usuarios.</b> Se orienta a: lograr la gestión efectiva de los recursos de la organización.	2014-2016
	No considera	2016-2018

Fuente. Elaboración propia.

De la revisión de las memorias institucionales de la Superintendencia, que se encontraron disponibles (años 2013, 2014 y 2015), se puede observar logros en la gestión vinculados al quehacer institucional, respecto a los pilares fundamentales de trabajo como la promoción y difusión de derechos en salud, la prevención de vulneración de derechos bajo la herramienta de la supervisión y el uso de la fiscalización como mecanismo regulatorio.

(...) durante el año 2013 se ha evidenciado un mayor empoderamiento de los usuarios respecto a las entidades que financian y que brindan los servicios médicos. El ciudadano es cada vez más consciente de sus derechos y esto se evidencia en el panorama de salud a nivel nacional. Asimismo, ha significado un reto para la Superintendencia que ha iniciado un proceso de consolidación de sus funciones. (SUNASA, 2013. p.5)

Es importante resaltar que la Superintendencia recoge la percepción de los usuarios de los servicios de salud, sobre la atención recibida y la opinión sobre los profesionales de salud, información que es útil para todos los actores del sistema, a través de encuestas que se implementan junto con el INEI.

De acuerdo a la encuesta, realizada a los miembros de las Juntas de Usuarios sobre la Superintendencia Nacional de Salud, misión, normativa y líneas de acción, hecha a 63 personas, con un nivel de heterogeneidad del 50%, margen de error de 9.6% y nivel de confianza de 95, se presenta lo siguiente:

**Cuadro 5. SUSALUD, misión, normativa y líneas de acción**

<b>N °</b>	<b>SUSALUD, misión, normativa y líneas de acción</b>	<b>Si</b>	<b>Otra respuesta</b>	<b>No precisa</b>	<b>Total</b>
1	La Superintendencia Nacional de Salud es un organismo técnico especializado que cuenta con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera que tiene la finalidad de promover, proteger y defender los derechos en salud	87.3%	9.5%	3.2%	100%
2	La misión de SUSALUD es proteger los derechos en salud de cada peruano	96.8%	--	3.2%	100%
3	La norma que crea la Superintendencia es el Decreto Legislativo N°1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de SUSALUD	69.8%	22.2%	8%	100%
4	Promoción y protección de los derechos en salud, prevención de la vulneración, restitución del derecho, investigación y desarrollo	77.8%	15.9%	6.3%	100%

*Fuente.* Elaboración propia.

Se evidencia un mayor conocimiento acerca de SUSALUD, misión y líneas de acción. Sin embargo, aún existe un porcentaje de usuarios representados en las JUS que no cuentan con suficiente información sobre SUSALUD y sobre la normatividad que la crea.

Se observa en el Cuadro 6, de manera similar con el Cuadro 5, que los miembros de las Juntas de Usuarios cuentan con información sobre la Intendencia de Promoción de Derechos en Salud, pero en menor grado sobre los pilares de acción. El Cuadro 6 está basado en encuestas hechas a 63 personas, con un nivel de heterogeneidad del 50%, margen de error de 9.6% y nivel de confianza de 95 %.

**Cuadro 6. IPROM y sus pilares de acción.**

<b>N°</b>	<b>IPROM y sus pilares de acción</b>	<b>Si</b>	<b>Otra respuesta</b>	<b>No precisa</b>	<b>Total</b>
1	Es un órgano de línea responsable de establecer, implementar, conducir y promover las actividades orientadas a fortalecer el ejercicio de los derechos y deberes en salud.	83%	11%	6%	100%
2	Promoción de derechos y acciones de participación ciudadana.	76.2%	17.4%	6.4%	100%

*Fuente.* Elaboración propia.

Por lo tanto, SUSALUD es considerada como una institución que protege los derechos en salud a nivel nacional; además de como una política pública y social en concordancia con lo señalado por Béjar “(...) cuando el Estado, para legitimarse, pretende cubrir ciertas necesidades de los individuos o ayudarlos a satisfacerlas, se producen las políticas sociales” (Béjar, 2011, p.43).

Es importante señalar que para la creación de SUSALUD, en el año 2013, se impulsó un proceso denominado Reforma del Sector Salud, apreciándose consensos entre la necesidad de la población y la voluntad del gobierno, teniendo como resultado el fortalecimiento de la SUNASA.

La protección de derechos en salud surge como necesidad de intereses de la población asociados al ejercicio de sus derechos en salud, demandas específicas de servicios de salud, formando parte de un proceso de institucionalización como señala Béjar (2011).

De lo antes presentado, en concordancia con Béjar (2011), una política pública “(...) es un conjunto de criterios que orientan el comportamiento del Estado”. (Béjar, 2011, p. 33). En tal sentido, la creación de la Superintendencia es una forma en la que el Estado orienta sus acciones para la protección de los derechos en salud.

#### 4.1.2. Junta de Usuarios de Servicios de Salud (JUS)

**4.1.2.1. Marco normativo.** Con la evolución de la Superintendencia, inicia el proceso de participación ciudadana de los usuarios en la protección de sus derechos (ver Figura N°4, Línea de tiempo de evolución de Superintendencia Nacional de Salud y participación de los usuarios en la protección de sus derechos), en cumplimiento de la función de SUSALUD de promover la participación y vigilancia ciudadana y propiciar mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad.

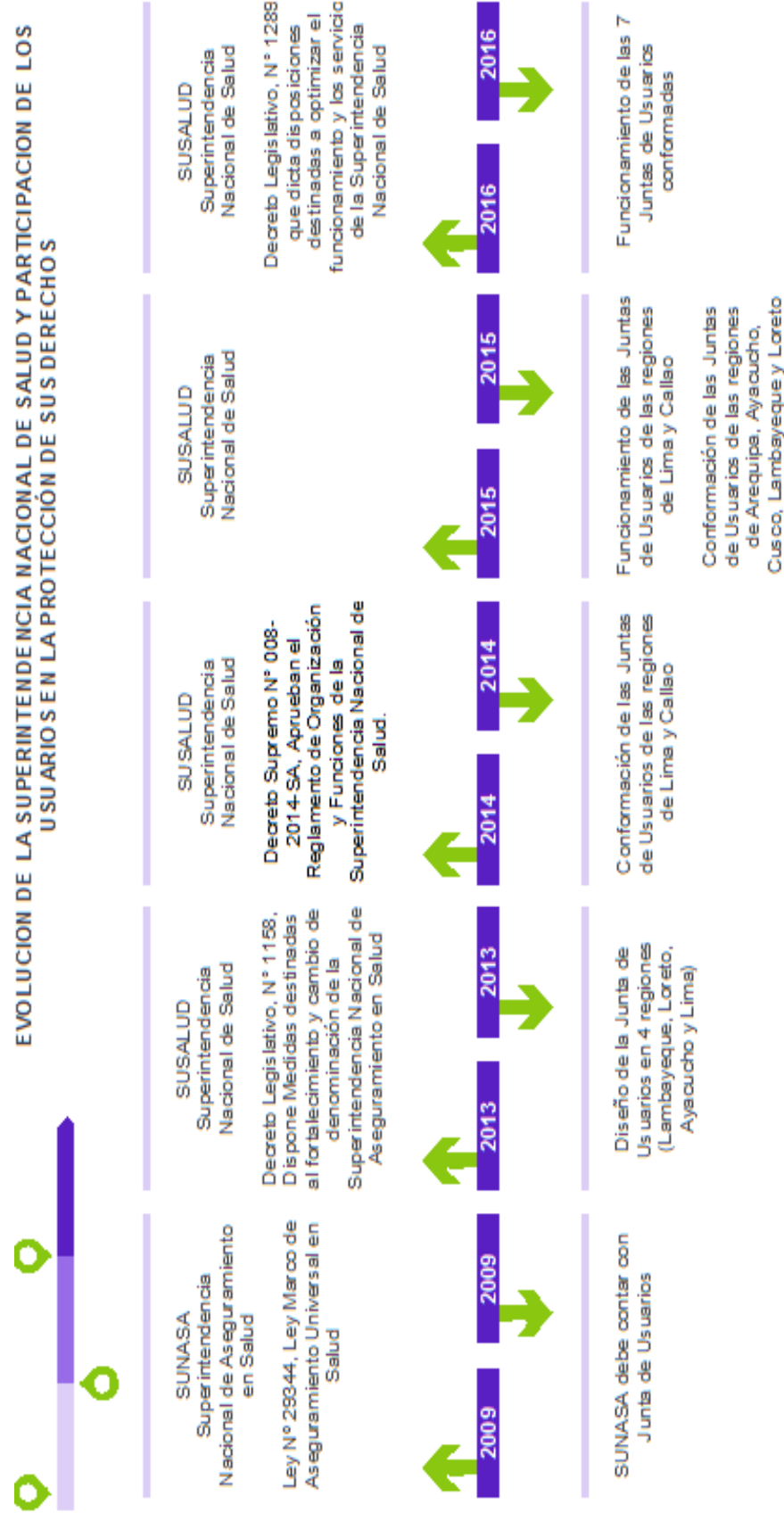
En ese sentido, se diseñan un conjunto de normas, instrumentos y procedimientos y, de acuerdo al ROF de SUSALUD, se dispone como parte de las funciones de la Intendencia de Promoción de Derechos en Salud ser la Secretaría Técnica de la Junta de Usuarios.

Uno de los instrumentos normativos más importante es el “Reglamento de la Junta de Usuarios de los Servicios de Salud”, aprobado en el año 2014, mediante Resolución de Superintendencia N° 060-2014-SUSALUD/S, que tiene por finalidad regular el funcionamiento, actividades y financiamiento de la Junta de Usuarios de Servicios de Salud (JUS). Por ello, en relación a la percepción de los miembros de las Juntas de Usuarios, sobre el marco normativo, en una encuesta hecha a 63 personas, con nivel de heterogeneidad del 50%, margen de error de 9.6% y nivel de confianza de 95%, se puede apreciar lo siguiente:

**Cuadro 7. Marco normativo que sustenta la JUS**

N°	Marco normativo que sustenta la JUS	Si	Otra respuesta	No precisa	Total
1	Resolución de Superintendencia N°060-2014-SUSALUD/S, Reglamento de la Junta de Usuarios de los Servicios de Salud	81.4%	10.2%	8.4%	100%

*Fuente.* Elaboración propia.



**Figura 4. Línea de tiempo de evolución de la Superintendencia Nacional de Salud y participación de los usuarios en la protección de sus derechos.**  
Fuente: Elaboración propia.



De lo antes mencionado, se observa un porcentaje de miembros de las JUS que requieren de mayor información sobre el marco normativo, en concordancia con la necesidad de fortalecer información sobre la Intendencia de Promoción de Derechos en Salud.

Las JUS, promovida por la Superintendencia, evidencian la voluntad política de la institución por asumir y desarrollar espacios de participación entre el estado y la sociedad, a fin de proteger los derechos en salud y promover el deber de toda persona de contribuir a su defensa, tal como se presenta a continuación:

(...) la Superintendencia Nacional de Salud abre un espacio de diálogo a través de la creación de la Junta de Usuarios de los Servicios de Salud, como un mecanismo de participación del ciudadano, que permitirá canalizar sus consultas, opiniones y propuestas para la mejora del acceso a los servicios de salud y la protección de los derechos en salud. (SUSALUD, 2014. p.3)

Dicho modelo parte de una necesidad de SUSALUD de mantener contacto con la ciudadanía debidamente representada, enfocada a un trabajo conjunto y bajo una estructura de coordinación.

En la exposición de motivos del Reglamento, antes mencionado, se asume que la participación ciudadana no es una prerrogativa que se le concede a los ciudadanos, sino por el contrario, es una necesidad para los Estados democráticos contar con órganos independientes y externos para retroalimentar a las entidades públicas, acelerando de este modo la mejora de las instituciones y la eficacia de los mecanismos a implementar por éstas.

**4.1.2.2. Modelo de participación.** Como se puede apreciar en la Memoria institucional de SUNASA (actualmente SUSALUD), en el año 2013 se inicia la construcción de un modelo de participación de los usuarios promovida por la Superintendencia, tal como se detalla a continuación:

Durante el año 2013, por encargo de la Superintendente, la IACPA condujo el diseño de la Junta de Usuarios, el cual ha incluido acciones de orientación técnica, talleres de consulta a los ciudadanos organizados en tres regiones: Lambayeque, Ayacucho y Loreto y revisión de las sucesivas propuestas. En tal sentido, el modelo de participación ciudadana de la SUNASA está enfocado en velar por el ejercicio y el cumplimiento de los deberes y derechos; así como promover el fortalecimiento del sistema de prestación y el sistema de aseguramiento favoreciendo la responsabilidad compartida a través de la retroalimentación mutua entre los sistemas institucionales y los sistemas ciudadanos a fin de contribuir a la inclusión social en salud. (SUNASA, 2013, p.107)

De acuerdo a la encuesta realizada a los miembros de las Juntas de Usuarios, sobre el modelo de participación ciudadana, hecha a 63 personas, con un nivel de heterogeneidad del 50%, margen de error de 9.6% y nivel de confianza de 95%, se puede observar lo siguiente:

**Cuadro 8. Modelo de participación ciudadana**

N°	Modelo de participación ciudadana	Si	No	No precisa	Total
1	Conoce de la existencia de un modelo de participación ciudadana promovido por SUSALUD	87.3%	3.2%	9.5%	100%

*Fuente.* Elaboración propia.

Cuando se preguntó a los encuestados en qué consiste el modelo de participación, un 68.3% señaló a la Junta de Usuarios de Servicios de Salud como el modelo de participación ciudadana; un 9.5%, a la difusión de derechos y deberes en salud; un 3.2%, a fortalecer las capacidades de los usuarios; un 1.6%, a brindar atención al usuario y un 17.5% no precisa; lo que evidencia que el modelo se encuentra en un proceso de construcción.

Por otra parte, en la exposición de motivos del Reglamento de la Junta de Usuarios, en el año 2014, la participación ciudadana, a través de las JUS, recoge las experiencias de los organismos reguladores de servicios públicos (OSITRAN, OSINERGMIN, OSIPTEL y SUNASS) que dependen de la Presidencia del Consejo de Ministros y que cuentan con un órgano similar, denominado Junta o Consejo de Usuarios. En ese sentido, la participación ciudadana propuesta en el campo de la salud no es aislada, pues concuerda con un lineamiento del Estado Peruano que promociona e impulsa la participación de la población, en cumplimiento del Acuerdo Nacional (2002), en el que se evidencia como compromiso la promoción de la participación ciudadana en la gestión y evolución de los servicios públicos de salud.

En la memoria institucional, del año 2014, se puede apreciar, en relación al modelo de participación ciudadana, que “SUSALUD ha construido un sistema de participación ciudadana para garantizar el ejercicio de los derechos y deberes en salud, la institución contribuye de esta manera con la sostenibilidad social, la gobernabilidad en salud y el desarrollo humano” (SUNASA. 2014, p.38). Dicha información puede corroborarse con los resultados del Premio a las Buenas Prácticas en Gestión Pública 2016, promovido por CAD Ciudadanos al Día, con el apoyo de la Defensoría del Pueblo, la Universidad del Pacífico y del Grupo El Comercio, en el que se muestra, en la Categoría Consulta y Participación Ciudadana, como finalista a SUSALUD con el modelo de la Junta de Usuarios.

Como bien se puede apreciar, en la definición del modelo de participación ciudadana, se promueve la co-responsabilidad entre el estado y la sociedad en concordancia con lo señalado por Serrano (1998), sobre el rol del ciudadano en cuanto usuario de los servicios de salud y participe de las decisiones y gestiones asociadas a la implementación de programas sociales.

**4.1.2.3. Estructura organizativa, actividades de la Junta de Usuarios y financiamiento.** El reglamento de la Junta de Usuarios define la naturaleza de la JUS como instancias que:

(...) podrán emitir consultas y opiniones a SUSALUD, así como informar sobre hechos que podrían implicar la vulneración de derechos en salud y proponer lineamientos de acción para contribuir con la promoción y protección del ejercicio de los derechos en salud de los usuarios de los servicios de salud. (SUSALUD, 2014. p.4)

Cabe mencionar que en el ROF de SUSALUD, aprobado en junio del 2014, incluye como Anexo el organigrama de SUSALUD, donde se considera como órgano consultivo a la Junta de Usuarios y como tal, depende directamente de la Superintendencia. Sin embargo, en dicho instrumento de gestión, no se detalla su definición ni sus funciones, sólo en el artículo 53°, de relaciones interinstitucionales, en su tercer y último párrafo, se señala que: “La Superintendencia Nacional de Salud con la finalidad de mantener relaciones de coordinación no vinculante, cuenta con una Junta de Usuarios en representación de los ciudadanos” (SUSALUD. 2015, p. 524967).

Esta relación no vinculante con la Superintendencia podría permitir que la relación entre la institución y los usuarios se mantenga dentro de un marco de autonomía respecto al funcionamiento de la JUS, en tanto estos disponen una actuación independiente a la decisión de los funcionarios de la Superintendencia Nacional de Salud. Sin embargo, en tanto el ejercicio del cargo para los miembros de la JUS sea *ad honorem*, es decir, sin percibir ninguna retribución económica, y en la medida que la JUS no posee recursos propios, la Superintendencia adopta el compromiso de asumir los gastos de la planificación, implementación y evaluación de las acciones de las JUS, se podrían presentar algunos problemas de sostenibilidad para su funcionamiento.

En ese sentido, el modelo de participación promovido por la Superintendencia no es una acción natural y depende de la existencia de recursos materiales tal como señala Tanaka (2001).

Es una construcción social, que implica costos y que supone la superación de problemas de acción colectiva, con lo que está lejos de ser una práctica natural y espontánea. Por el contrario, depende de la presencia de recursos materiales o simbólicos movilizables, de la existencia y naturaleza de los liderazgos sociales, de la intervención de agentes externos y de la estructura de oportunidades políticas establecida por el estado. (p.10)

Por otra parte, las JUS se encuentran organizadas por niveles, regional y nacional. A nivel interno, las JUS cuentan con un coordinador y un secretario, considerado también un responsable general de comisiones y responsable por cada comisión que conformen. El coordinador de cada JUS Regional es su representante ante la JUS Nacional.

A la fecha, se ha podido observar que se cuentan con siete JUS Regionales y no existe una JUS Nacional.

Por otra parte, en relación al Reglamento de las JUS, las actividades consideradas para las distintas responsabilidades, son las siguientes:

**Actividades del coordinador(a) de la JUS:**

- a) Convocar las sesiones de la JUS, en coordinación con SUSALUD.
- b) Ejercer la representación de la JUS.
- c) Informar a la Junta sobre los temas solicitados por SUSALUD.
- d) Conducir las actividades de la JUS conforme a su Plan Anual Concertado entre la JUS y SUSALUD.
- e) Coordinar con la Secretaría Técnica (IPROM) para el desarrollo de las actividades de la JUS en el marco del Plan Anual Concertado entre la JUS y SUSALUD.
- f) Otras que le asigne la JUS.

**Tareas del secretario(a):**

- a) Llevar el registro de las comunicaciones internas y externas de la JUS.
- b) Llevar el registro de asociados, Libro de Actas y otros que se requiera.
- c) Otros que se le encarguen como parte del funcionamiento de la JUS.

**Tareas del responsable general de comisiones:**

- a) Cogestionar con los coordinadores de comisiones las acciones necesarias para la ejecución del Plan de Trabajo de la JUS.
- b) Monitorear y hacer seguimiento del cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Trabajo.
- c) Coordinar con la Secretaría Técnica (IPROM) para el apoyo y financiamiento de las Comisiones de Trabajo.

**Tareas del coordinador(a) de comisión:**

- a) Organizar las actividades requeridas para la ejecución del Plan de la JUS en el tema asignado.
- b) Coordinar con la Secretaría Técnica (IPROM) la implementación de las actividades propias de la comisión.

La representación de los miembros de la JUS tiene una periodicidad de dos años, aunque únicamente los representantes de las organizaciones de primer nivel de la primera JUS, regionales o nacional, serán elegidos por un período de tres años. A partir de la segunda elección, y en adelante, el período de representación será de dos años.

Se observa que la renovación de los miembros de las Juntas, evitaría los peligros que señala Tanaka (2001) a continuación: "(...) que dichos líderes y las organizaciones que dirigen defiendan intereses particulares, contrapuestos al interés general y que se pretenda manipular políticamente la representación popular o monopolizarla" (p.11).

La JUS Nacional y las JUS Regionales se reunirán al menos una y tres veces por año, respectivamente. No obstante, podrán programar reuniones extraordinarias en mérito de la importancia de la agenda a tratar, lo que será armonizado con SUSALUD.

Finalmente, las actividades de la JUS regionales, de acuerdo al artículo 22°, son las siguientes:

- a) Emitir opinión sobre las consultas que SUSALUD plantee a la Junta.
- b) Difundir entre la ciudadanía los proyectos de la Superintendencia, con el fin que exista una retroalimentación que permita enriquecer las propuestas planteadas.
- c) Emitir consultas, opiniones, así como informar sobre hechos que podrían implicar la vulneración de derechos en salud.
- d) Proponer lineamientos de acción para contribuir con la promoción y protección del ejercicio de los derechos en salud de los usuarios de los servicios de salud.
- e) Promover la participación ciudadana de los servicios de salud y el diálogo entre los usuarios y las entidades del sector salud.

Dicha información es corroborada con lo que señalan los usuarios sobre las actividades que desarrolla la Junta de Usuarios. El siguiente cuadro está basado en una muestra de 63 personas, con un nivel de heterogeneidad del 50%, margen de error de 9.6% y nivel de confianza de 95%.

**Cuadro 9. Actividades de las Juntas de Usuarios**

<b>N °</b>	<b>Actividades de las Juntas de Usuarios</b>	<b>Sí</b>	<b>Otra respuesta</b>	<b>No precisa</b>	<b>Total</b>
1	Difundir derechos y deberes en salud, proponer lineamientos de acción, información a SUSALUD sobre casos de posible vulneración de derechos y emitir consultas y opiniones a SUSALUD para la mejora de los servicios de salud	92.1%	4.8%	3.1%	100%

*Fuente.* Elaboración propia.

Las actividades de la Junta de Usuarios permiten medir los resultados de la participación de los mismos, ya que al ser promovidas por la Superintendencia se consideran como parte de una política pública, una práctica deseable y no espontánea, en concordancia a lo señalado por Tanaka (2001) “puede servir para alcanzar con mayor eficacia el objetivo del desarrollo, sino que, además, bajo ciertas circunstancias, también puede hacer más eficientes las políticas sociales, desde el punto de vista del uso de los recursos” (p.11).

La JUS y SUSALUD establecen una permanente articulación desarrollando los siguientes mecanismos de coordinación:

- a) Agenda conjunta: la JUS y SUSALUD establecerán una agenda bilateral estratégica de corto, mediano y largo plazo, que les permita a ambas establecer un diálogo directo y permanente.
- b) Reuniones calendarizadas periódicas entre la JUS y SUSALUD: por lo menos tres reuniones durante el año entre ambas. Al inicio de cada año se establecerá el calendario anual de fechas pre-establecidas para estos encuentros de alta prioridad.
- c) Encuentros o reuniones extraordinarias: el diálogo entre la JUS y SUSALUD podrá ser requerido a solicitud de ambas partes. De esta forma, la coordinación de la JUS con la Superintendencia podrá ser regular y sistemática.



- d) Plazo de respuesta de consultas de SUSALUD y la JUS, en el más breve plazo posible teniendo en cuenta la materia de que se trate.
- e) La JUS se relaciona con el despacho del Superintendente a través de la Intendencia de Promoción de Derechos en Salud - IPROM.
- f) La JUS no tiene atribución de supervisión, sanción, regulación u otras las mismas que son ejercidas por SUSALUD.

Sobre las acciones que han desarrollado las Juntas de Usuarios en relación al fortalecimiento institucional, se señaló lo siguiente:

**Cuadro 10. Actividades de fortalecimiento institucional de las Juntas de Usuarios**

N°	Actividades de fortalecimiento institucional de las Juntas de Usuarios	Si	No	No precisa	Total
1	Han realizado sesiones de trabajo de la JUS para tomar acuerdos	95.2%	1.6%	3.2%	100%
2	Han realizado acciones de planificación	95.2%	---	4.8%	100%
3	Han realizado acciones de capacitación para los miembros de la JUS	90.5%	3.2%	6.3%	100%
4	Han realizado reuniones con sus organizaciones	63.5%	28.6%	7.9%	100%
5	Han realizado reuniones con otras organizaciones	58.7%	34.9%	6.4%	100%

*Fuente.* Elaboración propia.

Entre las actividades se resaltan: sesiones de trabajo de las JUS, acciones de planificación y capacitación, reuniones con organizaciones que son parte de las JUS y otras organizaciones. Dichas actividades permitirían fortalecer el espacio y la toma de decisiones en lo que respecta a la protección de sus derechos en salud, tal como señala Vargas (2010):

(...) tener el poder real de influir en el proceso de la política depende directamente del cálculo de distribución de poder tolerada por los actores relevantes que se manifiestan de manera formal en los marcos normativos o en el diseño de las modalidades a seguir.” (p.5)

Sin embargo, no se ha podido acceder a las actas de los acuerdos de las sesiones para poder revisar si la agenda o las acciones planificadas por las JUS han formado parte de las decisiones o cambios al interior de la Superintendencia.

Las JUS cuentan con el soporte técnico – administrativo de la Secretaría Técnica, bajo responsabilidad de IPROM, quién proporciona la información, materiales, el apoyo técnico y recursos humanos que esta requiera para el funcionamiento de la JUS de acuerdo a los resultados de la evaluación de su plan de trabajo.

En ese sentido, se preguntó a los miembros de las JUS si contaban con el apoyo de la Secretaria Técnica, un 87.3% señaló que “sí”, tal como se aprecia a continuación, en una muestra de 63 personas, con un nivel de heterogeneidad del 50%, margen de error de 9.6% y nivel de confianza de 95%.

**Cuadro 11. Apoyo de la Secretaria Técnica de la JUS a las actividades realizadas**

N.º	Apoyo de la Secretaria Técnica	Si	No	No precisa	Total
1	¿Cuentan con apoyo de la Intendencia de Promoción de Derechos en Salud, Secretaría Técnica de la JUS?	87.3%	6.35%	6.35%	100%

*Fuente.* Elaboración propia.

Sobre el financiamiento de la juntas, se indica que el presupuesto anual de operación de las JUS será financiado con recursos disponibles de SUSALUD, considerando los siguientes rubros:

- a) Asignación para las reuniones cuatrimestrales de las JUS Regionales.
- b) Asignación para las asambleas anuales ordinarias y extraordinarias de la JUS Nacional.
- c) Asignación para la implementación y operación de la Secretaría Técnico-Administrativa de las JUS, a nivel nacional.
- d) Asignación para las elecciones periódicas de representantes para las JUS.
- e) Asignación para la ejecución de las actividades aprobadas en el plan de trabajo concertado entre la JUS y SUSALUD.
- f) Otros a considerar.

**4.1.2.4. Conformación de las Juntas de Usuarios.** Las JUS, promovidas por SUSALUD, se basaron en los resultados de un diseño participativo antes mencionado, priorizando en una primera etapa la conformación en las regiones de Lima y Callao en el año 2014, y Arequipa, Ayacucho, Cusco, Lambayeque y Loreto en el año 2015.

(...) se logró culminar la formación de dos juntas de usuarios en salud a nivel nacional: la de la región Lima y la del Callao, las cuales vienen trabajando de forma articulada con la Superintendencia para hacer llegar la voz de los usuarios de salud ante esta institución. (SUSALUD, 2014, p. 4)

La JUS Lima fue la primera Junta de Usuarios conformada por SUSALUD, en el año 2014, posteriormente se conformaron las demás regiones, tomando como referencia las lecciones aprendidas de la primera conformación.

Las regiones priorizadas para la intervención coinciden con niveles de insatisfacción de los usuarios en consulta externa: Cusco, 61%; Ayacucho,

37.3%; Arequipa, 29.1%; Lima, 28.7%; Lambayeque, 20.4%; Loreto, 20.2%, (SUSALUD, 2016).

Las JUS se encuentran conformadas por miembros agrupados y no agrupados, que participan en los procesos de elección y de selección, respectivamente.

**Cuadro 12. Miembros que conforman la Junta de Usuarios**

<b>Agrupados</b>	<b>No agrupados</b>
<p>Miembros de organizaciones sociales de primer nivel que pertenezcan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Agrupaciones de pacientes (aquellas conformadas por pacientes y que se reúnen en relación a una enfermedad en común, o discapacidad).</li> <li>✓ Agrupaciones por etapas de ciclo de vida (agrupaciones de jóvenes y de adultos mayores).</li> </ul>	<p>Usuarios de los servicios de salud de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ESSALUD.</li> <li>✓ Seguro Integral de Salud – SIS.</li> <li>✓ Comunidades Locales de Administración en Salud – CLAS.</li> <li>✓ Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú.</li> <li>✓ Seguros privados.</li> <li>✓ Usuarios no asegurados (que se atienden en los servicios de salud del MINSA).</li> <li>✓ Usuarios con discapacidad no agrupados.</li> </ul>

*Fuente.* Elaboración propia.

Esta información es corroborada por los miembros de la Junta de Usuarios de Servicios de Salud, tal como se detalla a continuación, en base a una muestra de 63 personas, con un nivel de heterogeneidad del 50%, margen de error de 9.6% y nivel de confianza de 95.

**Cuadro 13. ¿Cómo se encuentra conformada?**

<b>N°</b>	<b>¿Cómo se encuentra conformada?</b>	<b>Si</b>	<b>Otra respuesta</b>	<b>No precisa</b>	<b>Total</b>
1	Por miembros agrupados de organizaciones de pacientes, adultos mayores y jóvenes y miembros no agrupados de los servicios de salud.	95.2%	1.6%	3.2%	100%

*Fuente.* Elaboración propia.

Para la conformación de las JUS, se han seguido dos procesos uno de elección y otro de selección respectivamente. En el proceso de elección, participan las organizaciones sociales de primer nivel que, de acuerdo a las bases y cronograma de dicho proceso, se inscriben para participar. Luego, las organizaciones calificadas como aptas por el Comité Electoral, estas tienen derecho a un voto y pueden reunirse y postular con una lista.

El Reglamento de Elecciones se constituyó en el principal documento que orientó el proceso de elección, lo que permitió que las organizaciones participen de acuerdo a las siguientes actividades:

- a) Publicación de Convocatoria en diarios de circulación nacional y en el portal institucional.
- b) Apertura del padrón electoral.
- c) Recepción de las solicitudes de inscripción al padrón electoral.
- d) Cierre del padrón electoral.
- e) Publicación de las listas inscritas.
- f) Presentación de tachas.
- g) Elecciones.
- h) Comité Electoral procede a realizar el cómputo final.
- i) Proclamación de los miembros electos de la Junta de Usuarios y publicación en el portal institucional.
- j) Publicación de las organizaciones declaradas aptas y no aptas para participar en el proceso electoral.
- k) Presentación de reconsideraciones a la calificación como apto y no apto realizada por el Comité Electoral.

- l) Publicación de lista final de organizaciones de primer nivel aptas para participar en el proceso electoral.
- m) Presentación de solicitudes de inscripción de listas de las Organizaciones de Primer Nivel.
- n) Resultado de tachas.

Mediante el proceso de selección, a partir de las bases de datos disponibles, se procede a una selección aleatoria de un número determinado de ciudadanos que son usuarios de los diferentes servicios de salud. De dicha selección, SUSALUD contacta a los ciudadanos que resultaron seleccionados y les informa sobre la JUS y el proceso de selección quienes, luego de recibir la información necesaria y de tener conocimiento de las responsabilidades que se asume al aceptar ser miembro de la JUS, deciden su participación.

Para el proceso de selección aleatoria se cuenta con una guía de acuerdo a los siguientes grupos: asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS); asegurados del Seguro Social del Perú (EsSALUD), usuarios de los servicios de salud de las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, usuarios del sistema privado de salud, usuarios no asegurados de los servicios de salud del MINSA y personas con discapacidad no asociados. En todos los casos se eligieron titulares y suplentes.

En relación al proceso de conformación de las Juntas de Usuarios, ForoSalud, en el año 2014, señaló algunos aspectos que deberían tomarse en cuenta para garantizar el proceso. Entre ellos se resalta el derecho a participar en espacios promovidos por el Estado, los usuarios no necesariamente son aquellos con alguna enfermedad y limitaciones en el Reglamento de las JUS (proceso de conformación como un trámite burocrático y escoger a la mayoría de los miembros). No se encontró evidencia de la respuesta de SUSALUD sobre dicha opinión.

En ese sentido, uno de los grandes retos de la participación ciudadana es la representatividad de los espacios que la promueven. Para el caso de la participación en ámbitos urbanos, en concordancia con Tanaka (2001), se evidencia, en las JUS, la participación de grupos de interés (miembros organizados) y personas individuales (miembros no organizados), tal como se detalla a continuación “(...) se registra una gran cantidad de organizaciones y

agentes externos que politizan rápidamente las políticas sociales, lo que hace más complicada la participación y el ejercicio de los liderazgos sociales” (p.11).

Sobre dichos procesos, los miembros de las Juntas de Usuarios han señalado al proceso electoral dirigido a las organizaciones y el proceso de selección aleatoria para las personas no organizadas, tal como se detalla a continuación, en base a una muestra de 63 personas, con un nivel de heterogeneidad del 50%, margen de error de 9.6% y nivel de confianza de 95%:

**Cuadro 14. ¿Qué procesos se desarrollan para la conformación de la JUS?**

<b>N°</b>	<b>¿Qué procesos se desarrollan para la conformación de la JUS?</b>	<b>Si</b>	<b>Otra respuesta</b>	<b>No precisa</b>	<b>Total</b>
1	Proceso Electoral para organizaciones y Proceso de Selección aleatorio para personas no organizadas	63.5%	33.3%	3.2%	100%

*Fuente.* Elaboración propia.

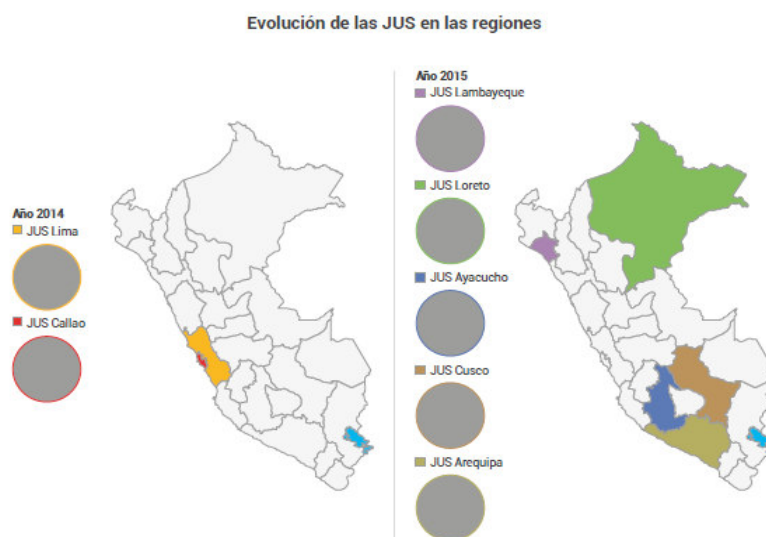
Sobre los instrumentos que se utilizan para la conformación de la JUS han manifestado el Reglamento para el proceso de elecciones y selección aleatoria, el cuadro abajo, está basado en la misma muestra anterior de 63 personas.

**Cuadro 15. ¿Cuáles son las herramientas e instrumentos que se han utilizado para la conformación de la Junta de Usuarios?**

N°	¿Cuáles son las herramientas e instrumentos que se han utilizado para la conformación de la Junta de Usuarios?	Si	Otra respuesta	No precisa	Total
1	Reglamento para el proceso de elecciones y selección aleatoria	65.1%	28.6%	6.3%	100%

*Fuente.* Elaboración propia.

La conformación de las Juntas de Usuarios, a nivel nacional, ha evolucionado entre el año 2014 y 2015, como se puede observar en la Figura N°5.



**Figura 5. Evolución de las JUS en las regiones.** *Fuente.* SUSALUD. Memoria institucional. 2015. p. 67

#### **4.1.2.5. Características de los miembros de las Juntas de Usuarios.**

En relación al Cuadro 16, se puede apreciar que de 156 miembros de las JUS,



66 representan a las organizaciones de pacientes, adultos mayores y jóvenes, y 90 representan a las personas no organizadas.

Sin embargo, cuando se analiza en relación al tipo de representación (titulares o suplentes), se entiende por titulares los miembros que cuentan con voz y voto al interior de la JUS y a los suplentes como los que reemplazan a los titulares cuando justifican su inasistencia o de manera permanente por causal de vacancia; 43 miembros titulares representan a las organizaciones y 48 representan a personas individuales. En concordancia con Vargas (2010), el nivel de participación permitiría, en este caso, a las personas individuales poder influir mayoritariamente en las decisiones que se toman en la JUS, en relación a las organizaciones o grupos de interés que la conforman.

Por otra parte, es importante observar la representación de las mujeres y varones al interior de la JUS.

Cuadro 16. Miembros de las Juntas de Usuarios por tipo de representación

N°	Región	Miembros Organizados						Total Miembros Organizados	Miembros No organizados												Total Miembros No Organizados	Total		
		Pacientes		Adultos Mayores		Jóvenes			EsSalud		SIS		Persona Discapacidad		FF.AA. y PNP		CLAS		Privados				No asegurado	
1	Lima	6	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	18	30	
2	Callao	5	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	6	13
3	Ayacucho	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	24
4	Arequipa	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	13	23
5	Cusco	4	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	11	19
6	Lambayeque	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	24
7	Loreto	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	23
	Total	30	10	7	7	7	6	7	8	5	7	7	7	6	7	6	6	6	6	7	6	7	90	156

Fuente. Información reportada por IPROM 2017, donde T= Titulares y S= Suplentes

En relación al Cuadro 17, se evidencia un mayor porcentaje de mujeres participantes (87 mujeres) que representan el 55.7% del total de miembros de las JUS, la mayoría son miembros no organizados. Se observa mayor participación de las mujeres en las regiones de Ayacucho, Cusco, Lambayeque y Lima.

**Cuadro 17. Miembros de las Juntas de Usuarios organizados y no organizados por sexo**

N°	Región	Miembros de las JUS Organizadas			Miembros de la JUS no Organizadas			Total de Miembros de la JUS
		F	M	Total	F	M	Total	
1	Lima	10	2	12	7	11	18	30
2	Callao	2	5	7	4	2	6	13
3	Ayacucho	5	5	10	10	4	14	24
4	Arequipa	5	5	10	5	8	13	23
5	Cusco	4	4	8	9	2	11	19
6	Lambayeque	7	3	10	10	4	14	24
7	Loreto	3	6	9	6	8	14	23
<b>Total</b>		<b>36</b>	<b>30</b>	<b>66</b>	<b>51</b>	<b>39</b>	<b>90</b>	<b>156</b>

*Fuente.* Información reportada por la IPROM 2017

De la revisión de fuentes secundarias, no se evidencia en el marco normativo, u otra documentación de las Juntas de Usuarios, que los procesos de conformación deban considerar un porcentaje de representación de las mujeres, situación que puede ser revisada para evitar situaciones que podrían vulnerar el derecho a la participación, como se puede observar en las JUS Arequipa, Callao y Loreto que presentan mayor número de varones en relación a las mujeres. En concordancia con Kabeer (1994), la desigualdad de género, no es sólo un problema de relaciones familiares, sino que incluye a las instituciones responsables de las políticas. En ese sentido, existe el riesgo que en dicho espacio se puedan reproducir relaciones de desigualdad a través de las reglas, recursos y prácticas institucionales, influyendo en la forma en que se distribuye el poder entre sus miembros.

Sobre la distribución de poder interno de las JUS, en concordancia con lo señalado por Vargas (2010), para poder influir en las decisiones se depende de la “(...) distribución de poder tolerada por los actores relevantes que se manifiesta de manera formal en los marcos normativos o en el diseño de las modalidades de participación a seguir” (p.5). En tal sentido, se observa que de las siete Juntas de Usuarios, cinco cuentan con coordinadoras, lo que evidencia una mejor distribución de poder en la conducción y toma de decisiones al interior de las Juntas de Usuarios. Cabe precisar que la elección de los coordinadores es realizada por todos los miembros titulares por cada una de las JUS.

Por otra parte, si se analiza el tema desde el rango de edades y sexo de los miembros de las JUS, se puede observar lo siguiente, en base a la mencionada muestra de 63 personas:

**Cuadro 18. Rango de edades y sexo de los miembros de las Juntas de Usuarios**

N°	Rango de edades	Sexo				Total	
		Femenino	%	Masculino	%	Cantidad	%
1	De 18 a 24 años	3	4.8%	---	---	3	4.8%
2	De 25 a 59 años	22	35%	18	28.6%	40	63.6%
3	De 60 a más	8	12.6%	12	19%	20	31.6%
	<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>52.4%</b>	<b>30</b>	<b>47.6%</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

*Fuente.* Elaboración propia.

De acuerdo al Cuadro 18, se puede apreciar un mayor porcentaje de mujeres que participan en las Juntas de Usuarios. La mayoría de mujeres y varones participantes se encuentran en el rango de edades de 25 a 59 años, mayoritariamente son los varones los que se encuentran en el rango de 60 años a más.

Se observa poca participación de mujeres de 18 a 24 años y ningún varón en ese rango de edad. También se aprecia un 31.6% de miembros de las JUS que cuentan con 60 años a más, se puede interpretar que su participación

en la JUS podría permitirles acceder a los servicios de salud para su atención. El Informe Técnico N°3, “Condiciones de Vida en el Perú”, para el trimestre abril-septiembre 2017, muestra que un 75,9% de dicha población presenta problemas de salud crónicos (INEI. 2017).

Sobre población originaria y lengua materna, se observa la siguiente información, en base a la muestra de 63 personas:

**Cuadro 19. Población originaria y lengua materna de los miembros de las Juntas de Usuarios.**

N°	Población originaria	Lengua materna						Total	
		Quechua	%	Castellano	%	No precisa	%	Cantidad	%
1	Andino	4	6.4%	18	28.6%	3	4.7%	25	39.7%
2	Amazónico	0	0%	9	14.2%	1	1.6%	10	15.9%
3	Afroperuano	0	0%	1	1.6%	0	0%	1	1.6%
4	No considera	1	1.6%	13	20.6%	2	3.2%	16	25.3%
5	No precisa	0	0%	0	0%	11	17.5%	11	17.5%
	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>8%</b>	<b>41</b>	<b>65%</b>	<b>17</b>	<b>27%</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

*Fuente.* Elaboración propia.

Sobre población originaria, el 39.7% señaló ser andino, un 15.9% amazónico, 1.6% afroperuano, 25.3% no considera ser población originaria y un 17.5% no precisa.

En relación a la información presentada, se podría señalar al instrumento de recolección de información como una limitación. Sin embargo, existe una persona que refirió no considerarse “andino” al señalar como lengua materna el quechua, situación que podría estar relacionada con el poco conocimiento y percepción de las personas sobre su origen.

Si se analiza la información a nivel regional podemos observar, en el Cuadro 20, en el caso de los representantes organizados, una mayor participación de personas viviendo con alguna enfermedad, seguida de adultos mayores y en menor grado de jóvenes. Para el caso de las regiones de Loreto, Ayacucho y Cusco se aprecia participación de organizaciones andinas y amazónicas.

Cuadro 20. Organizaciones que conforman las Juntas de Usuarios

Tipo	Lima	Callao	Ayacucho	Arequipa	Cusco	Lambayeque	Loreto
PACIENTES	Club de la Mamá	Asociación para el Discapacitado - APADIS La Perla	Asociación de Epilépticos de Ayacucho	Asociación Nacional de Pacientes Renales y Trasplantados Arequipa – ANPADYT	Centro de Desarrollo Inclusivo Visión Latina	Asociación Nacional de Pacientes con Diálisis y Trasplante – ANPADYT Chiclayo	Asociación de Personas con Tuberculosis de Loreto ADEPAT Loreto
	Asociación Nacional de Pacientes en Diálisis y Trasplante ANPADYT – Perú	Asociación de Pacientes con Enfermedades Respiratorias Crónicas del Perú – APERCP	Asociación de Pacientes con Diálisis Peritoneal	Asociación Peruana de Hemofilia – Filial Arequipa	Creciendo Juntos con el Autismo Cusco	Asociación Solidaridad Contra el cáncer	Asociación Civil "Lazos de Vida"
	Asociación Hecho con Amor	COMINBRO	Asociación Departamental de Impedidos Físicos de Ayacucho - ADIFA	Asociación Peruana de Rehabilitación y Asistencia al Discapacitado – APRAD	Grupo Pañoletas MA Cusco Perú	Asociación “Aprendiendo a Vivir”	Asociación de Técnicos con Discapacidad – ASTECDIS
	Asociación de Pacientes con Tuberculosis "Victoria Castillo" - ASET COMAS	Asociación de Personas Afectadas por Tuberculosis del Perú - ASPAT Perú	Asociación de Personas con Discapacidad Casa Huertos	Grupo de Ayuda Mutua "Caminando con Fe y Esperanza"		Asociación de Personas con Discapacidad "Caminemos con Cristo"	Asociación de Personas con Discapacidad Visual – APEDIV
	Asociación de Diabéticos de Niños y Adolescentes – ADINA	Asociación de Discapacitados Costa Azul de Ventanilla				Emprendedores Solidarios de Lambayeque – EMSOLAM	
	Musas Inspiradoras de Cambios						
	Asociación de Apoyo y Prevención del Cáncer de Tiroides en Perú – ACTIPERÚ						
	Asociación Femenina de Discapacitados del Perú – AFEDIP						
	Asociación Distrital del Adulto Mayor "Cristo el Salvador" de Villa el Salvador	Asociación de Adultos Mayores Espíritu Santo	Asociación de Personas Adultas Mayores Las Águilas de Santa Elena	Asociación del Adulto Mayor del Centro de Salud Edificadores Misti "Ricardo Palma"	Asociación de Adulto Mayor Wayna Kallpachakuy	Organización Social de Base de Adulto Mayor "Los Baluartes del Trabajo"	Club "Alma en Primavera"
	Club Adulto Mayor Simón Bolívar		Organización Social de Base de las Personas Adultas Mayores	Club del Adulto Mayor "Corazones Unidos" de Ampliación Paucarpata	Asociación del Adulto Mayor Centro de Salud de Manco Cápac Margen Derecha	Asociación Nacional de Personas Adultas Mayores del Perú RED ANAMPER Filial Chiclayo	Club Divino Niño Jesús

JÓVENES	Renovando Espacios Construyendo Nuevas Sociedades		Asociación Hatun Warmi	Centro Juvenil Arequipa	Centro Juvenil Futuro	Colectivo Kachkaniragmi	Centro Juvenil Futuro	Asociación Civil Tsanwa de Acción Social y Cultural
			Asociación de Adolescentes y Jóvenes Sipaskuna	Pazclown Reloaded		Red Juvenil de la Nor Occidental-Cusco	Voluntariado Universitario "Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo"	Jóvenes Homosexuales en Acción Cultural y Social - JHACS

Fuente. Información reportada por la IPROM 2017

**Cuadro 21. Nivel de instrucción y ocupación actual de los miembros de las Juntas de Usuarios**

Nº	Ocupación actual	Nivel de instrucción													
		Primaria				Secundaria				Superior Universitaria				Superior Técnica	
		Completa		Incompleta		Completa		Incompleta		Completa		Incompleta		Completa	
		Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
1	Estudiante	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.6%	2	3.1%	0	0
2	Amadora casa	1	1.6%	1	1.6%	2	3.1%	1	1.6%	1	1.6%	0	0	0	0
3	Trabajador independiente	3	4.7%	1	1.6%	3	4.8%	1	1.6%	4	6.3%	2	3.1%	4	6.3%
4	Trabajador dependiente	0	0	0	0	0	0	0	0	15	23.8%	3	4.8%	3	4.8%
5	Jubilados	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3.1%	0	0	3	4.85
6	Otros	0	0	0	0	1	1.6%	0	0	0	0	1	1.6%	2	3.1%
7	No precisa	0	0	1	1.6%	1	1.6%	1	1.6%	1	1.6%	1	1.6%	1	1.6%
	<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>6.3%</b>	<b>3</b>	<b>4.8%</b>	<b>7</b>	<b>11.1%</b>	<b>3</b>	<b>4.8%</b>	<b>24</b>	<b>38%</b>	<b>9</b>	<b>14.2%</b>	<b>13</b>	<b>20.6%</b>
														<b>0</b>	<b>0</b>

Fuente. Elaboración propia.

Cabe precisar que de la revisión de fuentes secundarias, y en la misma composición de las Juntas de Usuarios, no se cuenta con una representación de poblaciones originarias, situación que podría revisarse en el diseño de las JUS, ya que permitirían generar un espacio en el que exista un reconocimiento mutuo y respeto entre culturas, diálogo e intercambio de opiniones y conocimientos sin imponer, iniciando con la apertura de espacios para dichos grupos.

Sobre nivel de instrucción y ocupación actual de los miembros de las JUS, en relación con el Cuadro 21, se puede apreciar un 58.7% de participación de miembros de las Juntas de Usuarios que cuentan con estudios superiores completos (universitarios o técnicos). De dicha población, la mayoría se encuentra trabajando de manera dependiente y otros de forma independiente, se observa también amas de casa y jubilados. Dicha información debe ser considerada en el funcionamiento de las JUS, ya que los tiempos para la participación podrían ser limitados dependiendo de la ocupación de sus miembros.

Sobre el tiempo de participación de los miembros de la Junta de Usuarios en dicho espacio, según la muestra, se aprecia lo siguiente:

**Cuadro 22. Tiempo de participación en la Junta de Usuarios**

Nº	Tiempo de participación en la Junta de Usuarios	Cantidad	%
1	De 0 a 1 año	36	57.1%
2	De 2 a 3 años	26	41.3%
3	De 3 años a más	1	1.6%
	<b>Total</b>	63	100%

*Fuente.* Elaboración propia.

Se evidencia que la mayoría de los miembros de las Juntas de Usuarios han venido participando menos de 1 año, esto puede deberse a que la conformación de las JUS se dio en el año 2014 (Lima y Callao) y replicó en el año 2015 (Arequipa, Ayacucho, Cusco, Lambayeque y Loreto).



Finalmente, ya que en la conformación de la Junta de Usuarios se consideran miembros organizados y no organizados, es importante revisar si antes de participar en las JUS contaban con experiencia de participación en otros espacios, lo que permitiría analizar el tema del carácter asociativo como una fortaleza al interior de las JUS, tal como se puede observar a continuación, según la muestra:

**Cuadro 23. Participación en otros espacios por tipo de organización**

N°	Participación en otros espacios	Cantidad	%	Tipo de organización					
				Pacientes	Adultos Mayores	Jóvenes	Personas con Discapacidad	Otros	No precisa
1	Sí	48	76.2%	11	8	5	12	9	3
2	No	14	22.2%	--	--	--	--	--	--
3	No precisa	1	1.6%	--	--	--	--	--	--
	<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>3</b>

*Fuente.* Elaboración propia.

En el Cuadro 23, se registra un 76.2% de participación previa de los miembros de las Juntas de Usuarios, lo que resalta una dimensión asociativa en el modelo de participación promovido por SUSALUD, tal como señala Hevia

La dimensión asociativa tiene que ver con sumarse a la actuación de un grupo de personas con personalidad jurídica o no (...), sin fines de lucro y que no sea del Estado, en donde se comparten intereses y objetivos iguales o similares en relación al tema que los convoca, en búsqueda de beneficio tanto individual como colectivo. (2011, p.38)

Además, el modelo de la JUS promoverá un nivel de asociación que permitirá a los excluidos negociar e intercambiar con los poderosos tradicionales, en concordancia con Arnstein (1971), mejorando sus niveles en la toma de decisiones.

**4.1.2.6. Funcionamiento de las Juntas de Usuarios.** Una vez conformadas, las JUS iniciaron su funcionamiento basado en la elaboración de

planes de trabajo anuales. Los planes de trabajo constituyen el principal instrumento de acción de las JUS, tal como se señala a continuación: “La JUS formulará su Plan Anual que será elaborado de manera armonizada entre la JUS y SUSALUD. Este contiene las actividades, metas, recursos requeridos y responsables” (SUSALUD, 2014. p.10).

De la encuesta a los miembros de las Juntas de Usuarios se puede apreciar lo siguiente:

**Cuadro 24. ¿Cuáles son las herramientas o instrumentos que se han utilizado para el funcionamiento de la Junta de Usuarios?**

N°	Herramientas e instrumentos que se han utilizado para el funcionamiento de la Junta de Usuarios	Si	Otra respuesta	No precisa	Total
1	Plan Anual de Trabajo de la Junta de Usuarios de Servicios de Salud	79.4%	17.4%	3.2%	100%

*Fuente.* Elaboración propia.

La mayoría de los miembros de las JUS identifica a su plan de trabajo como el instrumento principal que orienta sus acciones.

A la fecha, la JUS Lima y Callao, han desarrollado dos planes de trabajo, y se encuentran formulando su plan de trabajo 2017. Para los casos de las JUS de Arequipa, Ayacucho, Cusco, Lambayeque y Loreto, estas han desarrollado un plan de trabajo y ya cuentan con su plan de trabajo 2017 cuyas actividades serán implementadas en el presente año. Es importante mencionar que del Cuadro 25, el plan de trabajo de la Junta de Usuarios en la región Callao concluye en el mes de mayo del año 2017 debido a que fue aprobado en un período distinto a las otras Juntas de Usuarios.

**Cuadro 25. Planes de trabajo y niveles de ejecución de acuerdo a las actividades propuestas**

N°	Región	Año de conformación	¿Cuenta con plan de trabajo?		Número de Actividades del plan de trabajo		Nivel de ejecución		Número de planes implementados
			2015	2016	2015	2016	2015	2016	
1	Lima	2014	SI	SI	16	21	76%	98%	2
2	Callao	2014	SI	SI	12	7	74%	74%	2
3	Ayacucho	2015	NO	SI	-	12	-	97%	1
4	Arequipa	2015	NO	SI	-	11	-	81%	1
5	Cusco	2015	NO	SI	-	22	-	134%	1
6	Lambayeque	2015	NO	SI	-	9	-	128%	1
7	Loreto	2015	NO	SI	-	9	-	100%	1

*Fuente.* Elaboración propia. Información reportada por la IPROM 2017.

El promedio de nivel de ejecución de los planes de trabajo de las Juntas de Usuarios se encuentra por encima del 100%. Para el caso de la región Lima se observa una evolución positiva de la ejecución entre el primer y segundo plan de 76% a 98%. En el caso de la región Callao, la ejecución del primer plan con el segundo plan se mantiene. Con las demás regiones no se puede realizar la comparación respectiva, ya que recién han concluido con la ejecución de su primer plan de trabajo.

Entre los principales objetivos, propuestos por las JUS, vinculados con la protección de derechos en salud, se encuentran acciones vinculadas con promover mejoras en los servicios de salud y concientizar a la población en sus derechos y deberes en salud.

De acuerdo a la encuesta realizada a los miembros de las Juntas de Usuarios, sobre la contribución de las actividades realizadas, podemos observar lo siguiente:

**Cuadro 26. Percepciones de los miembros de las Juntas de Usuarios sobre su contribución en la protección de derechos en salud**

Nº	Contribución realizada	Si	No	No precisa	Total
1	Conocer sus derechos y deberes en salud	96.8%	--	3.2%	100%
2	Difundir los derechos y deberes en salud	93.7%	--	6.3%	100%
3	Realizar acciones para la mejora de los servicios de salud en conjunto con los prestadores de servicios de salud	87.3%	7.9%	4.8%	100%
4	Informar a la Superintendencia Nacional de Salud sobre casos de posible vulneración de derechos en salud	77.8%	17.4%	4.8%	100%
5	Elaborar propuestas de mejora de los servicios de salud	88.9%	7.9%	3.2%	100%
6	Promover la participación ciudadana de los usuarios de servicios de salud	93.6%	1.6%	4.8%	100%
7	Realizar consultas a SUSALUD sobre las acciones que desarrolla	65.1%	20.6%	14.3%	100%
8	Brindar opinión a SUSALUD sobre normativa existente	60.3%	25.4%	14.3%	100%

*Fuente.* Elaboración propia.

En tal sentido, las actividades de la Junta de Usuarios con menor percepción de desarrollo, se refieren a brindar opinión a SUSALUD sobre normativa existente, realizar consultas a SUSALUD sobre las acciones que desarrollan.

Por otra parte, en el Cuadro 27, se analizan los resultados de la implementación de los planes de trabajo de las Juntas de Usuarios en el año 2016:

- 1) Emitir opinión sobre las consultas que la Superintendencia plantee a la Junta: se han desarrollado 21 sesiones de trabajo.
- 2) Difundir entre la ciudadanía los proyectos de la Superintendencia, con el fin que exista una retroalimentación que permita enriquecer las propuestas planteadas: 4719 personas orientadas.
- 3) Emitir consultas, opiniones, así como informar sobre hechos que podrían implicar la vulneración de derechos en salud: 104 miembros capacitados.

- 4) Proponer lineamientos de acción para contribuir con la promoción y protección del ejercicio de los derechos en salud: 01 Plan de mejora.
- 5) Promover la participación ciudadana de los servicios de salud y el diálogo entre los usuarios y las entidades del sector salud: 622 personas sensibilizadas y 9 acuerdos de trabajo con prestadores de servicios de salud.

Las actividades de las Juntas de Usuarios permiten desarrollar las dimensiones de la participación como la opinativa, tal como señala Hevia “la dimensión opinativa, tienen que ver con el acto de externar puntos de vista o creencias sobre servicios, programas, instituciones, personas, etcétera en el espacio público” (2011, p.34), por lo que se requiere fortalecer las acciones de las JUS relacionadas con consultas y opiniones sobre normatividad existente a SUSALUD.

En relación a lo señalado por Arnstein (1971), sobre el control ciudadano como grado de poder, se observan avances en el trabajo de las JUS a través de la difusión de derechos y deberes, acciones para la mejora de los servicios de salud con los prestadores y la elaboración de propuestas de mejora de servicios de salud.

**Cuadro 27. Principales resultados de las actividades de la Junta de Usuarios en relación a sus actividades de acuerdo a marco normativo. Año 2016**

N°	Actividades de acuerdo a marco normativo	Actividades de acuerdo a plan de trabajo					
		Difusión de derechos y deberes en Salud en IPRESS	Sensibilizar al personal de salud	Acuerdos de trabajo con IPRESS	Propuestas de mejora elaboradas	Capacitaciones a las JUS	Sesiones de trabajo JUS
<b>1</b>	Emitir opinión sobre las consultas que la Superintendencia plantee a la Junta						21 sesiones ordinarias
<b>2</b>	Difundir, entre la ciudadanía, los proyectos de la Superintendencia, con el fin que exista una retroalimentación que permita enriquecer las propuestas planteadas	4719 personas orientadas					
<b>13</b>	Emitir consultas, opiniones, así como informar sobre hechos que podrían implicar la vulneración de derechos en salud					104 miembros capacitados	
<b>4</b>	Proponer lineamientos de acción para contribuir con la promoción y protección del ejercicio de los derechos en salud				01 Plan de mejora		
<b>5</b>	Promover la participación ciudadana de los servicios de salud y el diálogo entre los usuarios y las entidades del sector salud		622 personas sensibilizadas	9 acuerdos de trabajo con prestadores			

Fuente. Elaboración propia.

Por otra parte, si se comparan dichos resultados con los objetivos propuestos en los Planes Estratégicos Institucionales se puede notar que coinciden plenamente con el “objetivo estratégico 01”.

**Cuadro 28. Relación entre Planes de trabajo de las Juntas de Usuarios y objetivos propuestos por la Superintendencia Nacional de Salud Años 2015-2016**

N°	Región	Objetivos de los planes de trabajo 2015-2016		Objetivos propuestos por SUSALUD relacionados PEI 2014-2016 PEI 2016-2017
1	Lima y Callao	2015: Aportes a mejora de los servicios de Salud y concientización de la población en sus derechos en salud	2016: Aportes a mejora de los servicios de Salud y concientización de la población en sus derechos en salud	Objetivo Estratégico 01: Personas empoderadas para el libre ejercicio de sus derechos en salud
2	Ayacucho, Arequipa, Cusco, Lambayeque y Loreto	-	2016: Aportes a mejora de los servicios de Salud y concientización de la población en sus derechos en salud	

*Fuente.* Elaboración propia.

Se evidencia que los planes de trabajo implementados contribuyen con los objetivos propuestos, desde el punto de vista del uso de los recursos y como medio para aumentar la eficacia y eficiencia de las políticas sociales, en eso radica la importancia de contar con instrumentos para medir sus resultados, tal como señaló Tanaka “(...) puede servir para alcanzar con mayor eficacia el objetivo del desarrollo, sino que, además, bajo ciertas circunstancias, también puede hacer más eficientes las políticas sociales, desde el punto de vista del uso de los recursos” (2001, p.11).

Sobre la percepción de los miembros de las Juntas de Usuarios, acerca de su participación en la implementación del plan de trabajo, refieren lo siguiente, según la muestra:

**Cuadro 29. Participación en la implementación del plan de trabajo de la Junta de Usuarios de Servicios de Salud**

N°	Participación en la implementación del plan de trabajo	Frecuencia de su participación en la JUS				Total
		Mensual	Cada 3 meses	Cada 6 meses	No precisa	
1	Si	33	23	1	0	57
2	No	1	0	1	0	2
3	No precisa	1	0	0	3	4

*Fuente.* Elaboración propia.

Son 57 miembros de las JUS, los que han participado en la implementación del plan de trabajo, equivalente a un 90.4% de todos sus miembros. La frecuencia de participación es mayoritariamente mensual y cada tres meses respectivamente, lo que refleja un involucramiento de los miembros de la JUS en las acciones realizadas para la protección de derechos en salud.

## 4.2. Pruebas de hipótesis

### ***En relación al Planteamiento general***

Las cinco actividades de la Junta de Usuarios, definidas en su marco normativo, contribuyen con los objetivos propuestos por la Superintendencia Nacional de Salud y son medibles a través del plan de trabajo.

Se corrobora que todas las actividades propuestas contribuyen con los objetivos planteados por la Superintendencia y la única actividad que no es medible, a través del plan de trabajo, es la de emitir opinión sobre las consultas



que la Superintendencia plantee a la Junta, dicha actividad se mide a través de las sesiones de trabajo que se realizan en el marco del Reglamento de las JUS.

Cabe precisar que las actividades de la Junta de Usuarios con menor percepción de desarrollo son: brindar opinión a SUSALUD sobre normativa existente y realizar consultas a SUSALUD sobre las acciones que desarrollan.

### ***En relación a los Planteamientos específicos***

Las dimensiones de la participación institucionalizada de los usuarios que se miden son las dimensiones opinativa y asociativa, en relación a los objetivos propuestos por la Superintendencia Nacional de Salud.

Se corrobora que la participación promovida por las JUS desarrolla dimensiones opinativa y asociativa que se manifiestan a través de las actividades institucionales que desenvuelve. Aunque la percepción de sus miembros señala un menor desarrollo, este podría interpretarse al poco tiempo de su existencia.

La eficiencia de la participación institucionalizada se mide a través del plan de trabajo concertado entre la Junta de Usuarios y la Superintendencia Nacional de Salud.

Se entiende por eficiencia a la capacidad para realizar o cumplir adecuadamente una función, en este caso el porcentaje de ejecución de los planes de trabajo 2016 de las Juntas de Usuarios cuenta con un promedio de ejecución del 100%, lo que corrobora la eficiencia de la participación de los usuarios con la Superintendencia.

La eficacia de la participación institucionalizada se mide a través del desarrollo de las cinco actividades de la Junta de Usuarios definidas en su marco normativo.

Se entiende por eficacia a la capacidad para conseguir los resultados propuestos. En ese sentido, de la revisión de las cinco actividades de las Juntas de Usuarios, se han obtenido resultados ligados a los Planes estratégicos de SUSALUD en el marco de la implementación de sus planes de trabajo.

## CONCLUSIONES

1. La creación de la Superintendencia Nacional de Salud es una de las formas como el Estado orienta sus acciones para la protección de los derechos en salud; a través del fortalecimiento de la Superintendencia, por parte del gobierno, se contribuye a la legitimación de los derechos antes mencionados.
2. La Superintendencia institucionalizó la participación de los usuarios de servicios de salud en la Junta de Usuarios de Servicios de Salud. Esta se considera un espacio de participación entre el Estado y la sociedad a fin de proteger los derechos en salud y promover el deber de toda persona para contribuir con su defensa.
3. La JUS cuenta con instrumentos normativos para regular sus actividades, además de herramientas e instrumentos para su conformación y funcionamiento, lo que facilita la medición de sus resultados y avances.
4. Se ha observado que SUSALUD ha realizado diversas actividades que han contribuido con el fortalecimiento y la toma de decisiones de las Juntas de Usuarios. Sin embargo, no se ha podido corroborar que las acciones al interior de las JUS han formado parte de las decisiones o cambios en la Superintendencia.
5. Entre las características de los miembros de las JUS, se evidencia mayor participación de personas no organizadas, seguida de organizaciones de pacientes, adultos mayores y jóvenes.
6. En cuanto a la participación de los miembros de la JUS, las mujeres son las que participan en mayor proporción que los varones, reflejándose un mayor número en las regiones de Ayacucho, Cusco, Lambayeque y Lima.
7. Se observa mayor participación de miembros de las Juntas de Usuarios en el rango de edades de 25 a 59 años.

8. Más de la mitad de los miembros de las JUS cuentan con estudios superiores completos (universitarios o técnicos); la mayoría se encuentra trabajando de manera dependiente y otros de forma independiente, se observa también amas de casa y jubilados.
9. Se evidencia que la mayoría de los miembros de las Juntas de Usuarios han venido participando menos de un año en la JUS.
10. Sobre población originaria y lengua materna, el 39.7% señaló ser andino, un 15.9% amazónico, 1.6% afroperuano, 25.3% no considera ser población originaria y un 17.5% no precisa.
11. Se aprecia participación de organizaciones andinas y amazónicas de poblaciones originarias; situación que podría revisarse en el diseño de las JUS para fortalecerla, incluido el instrumento de recojo de información del presente estudio.
12. Sobre la conformación de las JUS, se evidencia la participación de grupos de interés (miembros organizados) y personas individuales (miembros no organizados), lo que muestra la apertura para la participación de todos los interesados.
13. Es importante analizar la representatividad de los usuarios en las JUS y la necesidad de incorporar en el marco normativo cuotas por género, así como por poblaciones andinas, amazónicas y afroperuanas.
14. Sobre la distribución de poder, al interior de las JUS, se observa que cinco JUS cuentan con coordinadoras, lo que evidencia una mejor distribución de poder entre varones y mujeres en la conducción y toma de decisiones al interior de las Juntas de Usuarios. No se ha podido acceder a las actas de acuerdos para evidenciar si las propuestas de las mujeres han sido aceptadas y discutidas por los varones.

15. Sobre el funcionamiento de la JUS, los planes de trabajo constituyen el principal instrumento de acción. El promedio de nivel de ejecución de los planes de trabajo de las Juntas de Usuarios se encuentra por encima del 100%, lo que evidencia su eficiencia. En relación a la eficacia, los principales objetivos propuestos por las JUS, vinculados con la protección de derechos en salud, se encuentran vinculados con promover mejoras en los servicios de salud y concientizar a la población en sus derechos y deberes en salud.

16. Se evidencia que los planes de trabajo, implementados por las JUS y SUSALUD, contribuyen con los objetivos propuestos por la Superintendencia desde el punto de vista del uso de los recursos y como medio para aumentar la eficacia y eficiencia de las políticas sociales, mas no se evidencia si en relación a la toma de decisiones sobre la Superintendencia.

## RECOMENDACIONES

1. En relación a la revisión sobre los documentos institucionales de la Superintendencia Nacional de Salud, se recomienda actualizar el Plan Estratégico institucional y realizar una evaluación de las acciones alcanzadas, alineadas a los planes sectoriales y nacionales de gobierno.
2. Por otra parte, el fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, es de suma importancia para poder desarrollar su labor de protección de derechos en salud, ya que a la fecha sólo cuenta con oficinas en la ciudad de Lima y Chiclayo.
3. El modelo de participación ciudadana de los usuarios, en las JUS, requiere ampliarse a nivel nacional, buscando llegar a los niveles locales, ya que ha demostrado eficiencia y eficacia en sus intervenciones. Sin embargo, es importante revisar su conformación y la representatividad de sus miembros.
4. La participación en las JUS promueve las dimensiones asociativa y opinativa, se recomienda desarrollar acciones para el control ciudadano.
5. En la conformación de las Juntas de Usuarios, es necesario incorporar en el marco normativo cuotas por género, así como por poblaciones andinas, amazónicas y afroperuanas que garanticen una mayor participación de dichos grupos.
6. En el diseño, conformación y funcionamiento de las JUS, es importante que las evaluaciones para medir el impacto puedan considerar si los miembros de las JUS han contado con elementos que les permitan hacer un seguimiento sobre los niveles y causas de insatisfacción de los usuarios en consulta externa.
7. El modelo de la Junta de Usuarios, puede ser replicado en distintos contextos, dicha experiencia debe ser socializada con otras instancias de gobierno para garantizar su sostenibilidad.

8. Sobre los enfoques de género e interculturalidad, se recomienda un mayor desarrollo en las Juntas de Usuarios, sobre todo en las acciones de la Superintendencia Nacional de Salud. Por lo que se recomienda la realización de un estudio y plan para su implementación progresiva.

9. Los planes de trabajo de las Juntas de Usuarios se evidencian como un pacto social entre la Superintendencia Nacional de Salud con los usuarios, al ser instrumentos que contribuyen con los objetivos propuestos desde el punto de vista del uso de los recursos, y como medio para aumentar la eficacia y eficiencia de las políticas sociales, en ello radica la importancia de continuar con el desarrollo de dichos instrumentos.

## Referencias bibliográficas

- Acuerdo Nacional Unidos para crecer. (2014). Políticas de Estado. Lima.
- Alvares, M. (2008). Indicadores de Participación Ciudadana y Evaluación de Procesos Participativos. Gestión 2005 – 2009. La Paz.
- Arnstein S. (2017). A ladder of citizen participation. Journal of the American Institute of Planners, vol. 35, no. 4. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01944366908977225>
- Arroyo, J, Cáceres, E., Chávez, S & Ríos, M. (2004). Vínculos entre la Salud Pública y los Derechos Humanos. Lima: Consorcio de investigación económica y social.
- Béjar, H. (2011). Justicia social, política social [cuarta edición actualizada]. Lima: Achebé Ediciones.
- Hevia F, Vergara-Lope S. (2011). ¿Cómo medir la participación? Creación, validación y aplicación del cuestionario de conductas de participación [Primera edición]. México D.F.: CIESAS-INDESOL.
- Carrión, A. (2004). Participación ciudadana y Descentralización en el Perú. Lima.
- Corporación Latinobarómetro. (2013). Informe 2013. Santiago de Chile.
- Congreso de la República (1993). Constitución Política del Perú. Lima.
- Chávez, C, Yon, C y Cárdenas, C. (2005). El aporte de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDSESEP a la salud intercultural. Estudio de caso en dos comunidades de Amazonas. Lima: Instituto de Estudios Peruanos – IEP.
- Decreto Legislativo N° 1158. Diario Oficial El Peruano. Lima, 6 de diciembre de 2013.



Decreto Legislativo N°1289. Diario Oficial del Bicentenario. Diario Oficial El Peruano. Lima, 28 de diciembre de 2016. Recuperado de. <http://bit.ly/ley1289>.

Decreto Supremo N° 008-2014-SA. Diario Oficial del Bicentenario. Lima, 10 de junio de 2014.

Du Bois, F., Chávez, J y Cusato A. (2004). Programas sociales, salud y educación en el Perú: Un balance de las políticas sociales. Instituto Peruano de Economía Social de Mercado (IPESM), por encargo de la Fundación Konrad Adenauer.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2013). Condiciones de Vida en el Perú [enero-febrero-marzo]. Boletín Número 2. Lima.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). Condiciones de Vida en el Perú [trimestre Abril-Mayo 2017]. Boletín Número 3. Lima.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). Perú: Brechas de Género 2016. Avances hacia la igualdad entre mujeres y hombres. Lima.

Kaber, N. (1994). Planificación y políticas con conciencia de género: la perspectiva de las relaciones sociales. En M. Macdonald (Ed), Gender Planning in Development Agencies, Meeting the Challenge (pp. 80-97).

Lavadenz, F., Ruel-Bergeron, J, Leyton, A (2011). Hacia un Perú más saludable: Desafíos y Oportunidades del Sistema de Salud. Banco Mundial. Perú (pp. 434-465).

López, S. (1997). Ciudadanos reales e imaginarios. Concepciones, desarrollo y mapas de la ciudadanía en el Perú. Lima: Instituto de Diálogo y Propuesta.

Mezones-Holguin E, Díaz-Romero R, Castillo-Jayme J, Jeri-De-Pinho M, Benites-Zapata V, Marquez-Bobadilla E, et al. (2016). Promoción de los Derechos en Salud en Perú: Una aproximación desde la perspectiva de

acción de la Superintendencia Nacional de Salud. Lima: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 2016;33(3)520-28. Doi: <http://doi.org/bsgq>

Ministerio de Salud. (2017). Consejo Nacional de Salud. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/cns/>

Ministerio de Salud (2007). Plan Nacional Concertado de Salud. Lima.

Ministerio de Salud (2001). Política Sectorial de Salud Intercultural en Perú. Lima. Recuperado de <http://bit.ly/el-peruano>.

Organización Mundial de la Salud. (2017). Preguntas más frecuentes. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Red Interamericana para la Democracia. (2005). Índice de Participación Ciudadana Informe 1. Resultados Generales [Primera edición]. Buenos Aires.

Rodríguez, E. y Iturmendi, A (2013). Atando cabos, Deshaciendo nudos. Igualdad de género e Interculturalidad: Enfoques y estrategias para avanzar el debate. Panamá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Salaverry, O (2010). Interculturalidad en Salud. Lima: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 2010; 27(1): 80-93.

Sánchez, F. (2012). Creación y evolución del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud. Exposición en el Encuentro Nacional del SNCDS. Lima: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 2012;19(29), (pp.39-41).

Serrano, C. (1998). Participación Social y Ciudadanía. Un debate del Chile contemporáneo. Santiago de Chile: MIDEPLAN.

Scott, J. (1986) El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Nash

y Amelag (Eds), Historia y género: las mujeres en Europa moderna y contemporánea. Valencia: Alfons el Magnanim.

Superintendencia Nacional de Aseguramiento Universal en Salud (2013). Memoria institucional. Lima.

Superintendencia Nacional de Salud. (2016). Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud. ENSUSALUD 2014/2016. Lima.

Superintendencia Nacional de Salud (2014). Memoria institucional. Lima.

Superintendencia Nacional de Salud (2014). Memoria institucional. Lima.

Superintendencia Nacional de Salud (2014). Reglamento de la Junta de Usuarios de Servicios de Salud. Lima.

Superintendencia Nacional de Salud. (2016). Plan Estratégico Institucional 2014-2016. Lima.

Superintendencia Nacional de Salud. (2016) Plan Estratégico Institucional 2016-2018. Lima.

Tanaka, M. (2001). Participación popular en las políticas sociales Cómo y cuándo es democrática y eficiente, y por qué puede también ser lo contrario [primera edición]. Lima: Instituto de Estudios Peruanos (IEP) y Consorcio de Investigación Económico y Social (CIES).

Salazar, G. (1994). Trabajos libres y Talleres: Afectividad, género y maternidad adolescente. En Primer Congreso Nacional Mujer y Salud Mental. Santiago de Chile: Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) (Ed).

Verdesoto. L. (2000). El control Social de la Gestión Pública. Lineamientos de una política de participación social [Primera edición]. Quito: Ediciones ABYA-YALA.

**ANEXOS: Anexo A: Cuestionario para recojo de información****CUESTIONARIO: CONTRIBUCIÓN DE LAS JUNTAS DE USUARIOS EN LA PROTECCIÓN DE DERECHOS EN SALUD**

**Indicaciones:** Lea con atención las preguntas y marque con una X la alternativa correcta.

**Nombres y Apellidos:**

**Fecha:**

**I. DATOS PERSONALES**

**1.1. Edad** ( )

**1.2. Sexo** F ( ) M ( )

**1.3. Lugar de Nacimiento**

1.3.1. Lima ( ) 1.3.2. Lambayeque ( )

1.3.3. Loreto ( ) 1.3.4. Arequipa ( )

1.3.5. Ayacucho ( ) 1.3.6. Cusco ( )

1.3.7. Callao ( )

Ciudad: \_\_\_\_\_

**1.4. Etnia**

1.4.1. Población originaria

1.4.1.1. Andina ( ) 1.4.1.2. Amazónica ( )

1.4.1.3. Afroperuano ( ) 1.4.1.4. Otros ( )

1.4.3. Lengua materna \_\_\_\_\_

**1.5. Número de años que vive en la ciudad**

1.5.1. De 0 a 3 años ( )

1.5.2. De 4 años a 6 años ( )

1.5.3. De 7 años a más ( )

**1.6. Estado civil**

1.6.1. Soltera/o ( )

1.6.2. Conviviente ( )

1.6.3. Casada/o ( )

1.6.4. Viuda/o ( )

1.6.5. Divorciada/o ( )

**1.7. Nivel de Instrucción****1.7.1. Primaria:**

Completa ( ) Incompleta ( )

**1.7.2. Secundaria**

Completa ( ) Incompleta ( )

**1.7.3. Superior universitaria**

Completa ( ) Incompleta ( )

**1.7.4. Superior Técnica**

Completa ( ) Incompleta ( )

**1.8. Número de hijos:** \_\_\_\_\_

**1.9. Número de personas que viven con usted:** \_\_\_\_\_

**1.10. Ocupación actual:**

\_\_\_\_\_

**1.11. ¿Cuánto tiempo tiene como miembro de la Junta de Usuarios?**

1.11.1. De 0 a 1 año ( )

1.11.2. De 2 a 3 años ( )

1.11.3. Más de 3 años ( )

**1.12. ¿Participa en una organización?**

Si ( ) No ( )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

**II. SOBRE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD****2.1. ¿Qué es la Superintendencia Nacional de Salud?**

2.1.1. Es una institución que presta servicios de salud. ( )

2.1.2. Es un organismo técnico especializado que cuenta con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera que tiene la finalidad de promover, proteger y defender los derechos en salud. ( )

2.1.3. Es un espacio de diálogo efectivo entre los usuarios de los servicios de salud para la formulación de propuestas de mejora de los servicios de salud ( )

**2.2. ¿Cuál es la misión de la Superintendencia Nacional de Salud?**

2.2.1. Proteger los derechos en salud de cada peruano. ( )

2.2.2. Proteger los derechos de los trabajadores del sector salud. ( )

2.2.3. Proteger los derechos de las financiadoras. ( )

**2.3. ¿Cuál es la norma que crea a la Superintendencia Nacional de Salud?**

2.3.1. Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. ( )

2.3.2. Decreto Legislativo N°1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de SUSALUD. ( )

2.3.3. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud ( )

**2.4. ¿Cuáles son las líneas de acción de la Superintendencia Nacional de Salud?**

2.4.1. Supervisión y sanción a los establecimientos de salud. ( )

2.4.2. Promoción y Protección de los derechos en salud, prevención de la vulneración, restitución del derecho, investigación y desarrollo. ( )

2.4.3. Acreditación y financiamiento de los servicios de salud ( )

**2.5. ¿Qué es la Intendencia de Promoción de Derechos en Salud - IPROM?**

2.5.1. Es un órgano de línea responsable de elaborar y proponer las normas de carácter general dentro del ámbito de competencia de SUSALUD. ( )

2.5.2. Es un órgano de línea responsable de conducir en primera instancia el Proceso Administrativo Sancionador de SUSALUD. ( )

2.5.3. Es un órgano de línea responsable de establecer, implementar, conducir y promover las actividades orientadas a fortalecer el ejercicio de los derechos y deberes en salud. ( )

**2.6. ¿Cuáles son los pilares de acción de la IPROM?**

2.6.1. Atención de reclamos y quejas. ( )

2.6.2. Promoción de derechos y acciones e participación ciudadana. ( )

2.6.3. Elaboración y aprobación de normas para la atención de los usuarios. ( )

**2.7. ¿Conoce que existe un modelo participación ciudadana promovida por la IPROM?**

Si ( ) No ( )

¿En qué consiste? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**III. SOBRE LA JUNTA DE USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD**

**3.1. ¿Qué es la Junta de Usuarios de Servicios de Salud - JUS?**

3.1.1 Es una organización social de los usuarios de los servicios de salud. ( )

3.1.2. Es un espacio de encuentro entre las organizaciones sociales y usuarios de los servicios de salud. ( )

3.1.3. Es un espacio de diálogo efectivo entre los usuarios de los servicios de salud y SUSALUD para la formulación de propuestas de mejora de los servicios de salud. ( )

**3.2. ¿Cuál es el marco normativo que sustenta la Junta de Usuarios de Servicios de salud?**

3.2.1. Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. ( )

3.2.2. Resolución de Superintendencia N°060-2014-SUSALUD/S, Reglamento de la Junta de Usuarios de los Servicios de Salud ( )

3.2.3. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud. ( )

**3.3. ¿Cómo se encuentra conformada la JUS?**

3.3.1. Por miembros de organizaciones políticas. ( )

3.3.2. Por miembros agrupados de organizaciones de pacientes, adultos mayores y jóvenes y miembros no agrupados de los servicios de salud. ( )

3.3.3. Por miembros de las Juntas Vecinales de un distrito y/o región. ( )

**3.4. ¿Qué procesos se desarrollan para la conformación de la JUS?**

3.4.1. Convocatoria, juramentación e implementación de su plan de trabajo. ( )

3.4.2. Proceso Electoral para organizaciones y Proceso de Selección aleatoria para personas no organizadas. ( )

3.4.3. Sesiones de trabajo y talleres de planificación. ( )

**3.5. ¿Cuáles son las herramientas o instrumentos que se han utilizado para la conformación de la Junta de Usuarios?**

3.5.1 Reglamento para el proceso de elecciones y selección aleatoria. ( )

3.5.2. Reglamento de Infracciones y sanciones para los prestadores de servicios de salud. ( )

3.5.3. Ley N°29414, Ley de los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de salud ( )

**3.6. ¿Cuáles son las herramientas o instrumentos que se han utilizado para el funcionamiento de la Junta de Usuarios?**

3.6.1 Reglamento para el proceso de elecciones y selección aleatoria. ( )

3.6.2. Plan Anual de Trabajo de la Junta de Usuarios de Servicios de Salud. ( )

3.6.3. Ley N°29414, Ley de los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de salud ( )

**3.7. ¿Cuáles son las actividades de la JUS?**

3.7.1 Supervisar los servicios de salud. ( )

3.7.2. Elaborar normativa para los servicios de salud. ( )

3.7.3. Difundir derechos y deberes en salud, proponer lineamientos de acción, información a SUSALUD sobre casos de posible vulneración de derechos y emitir consultas y opiniones a SUSALUD para la mejora de los servicios de salud ( )

**3.8. ¿Cuál es la frecuencia de su participación en las actividades de la JUS? Puede marcar sólo una alternativa**

3.8.1 Cada 6 meses ( )

3.8.2. Cada 3 meses ( )

3.8.3. Mensual ( )

**IV. SOBRE LOS RESULTADOS DE LAS ACCIONES DE LA JUNTA DE USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD. Marcar con una X la opción correcta**

N°	Pregunta		
1	¿Han desarrollado un plan de trabajo anual?	SI	NO
2	¿Cuántos planes de trabajo?	1	2
3	Ha participado en la implementación del plan de trabajo	SI	NO
4	Han obtenido resultados de la implementación del plan de trabajo	SI	NO
5	¿Cuáles han sido los resultados obtenidos?		
5.1.	Conocer mis derechos y deberes en salud.	SI	NO
5.2.	Difundir los derechos y deberes en salud	SI	NO
5.3.	Realizar acciones para la mejora de los servicios de salud en conjunto con los prestadores de servicios de salud.	SI	NO
5.4.	Informar a la Superintendencia Nacional de Salud sobre casos de posible vulneración de derechos en salud	SI	NO
5.5.	Elaborar propuestas de mejora de los servicios de salud	SI	NO
5.6.	Promover la participación ciudadana de los usuarios de servicios de salud	SI	NO
5.7.	Realizan consultas a SUSALUD sobre las acciones que desarrolla	SI	NO
5.8.	Brindan opinión a SUSALUD sobre normativa existente	SI	NO
6	¿Cuáles han sido las acciones de fortalecimiento institucional de la JUS	SI	NO
6.1.	Han realizado sesiones de trabajo de la JUS para tomar acuerdos	SI	NO
6.2.	Han realizado acciones de planificación de sus acciones	SI	NO
6.3.	Han realizado acciones de capacitación a los miembros de la JUS	SI	NO
6.4.	Cuentan con apoyo de la Intendencia de Promoción de Derechos en Salud (Secretaría Técnica de la JUS)	SI	NO
6.5.	Han realizado reuniones con sus organizaciones	SI	NO
6.6.	Han realizado reuniones con otras organizaciones	SI	NO

**Puede señalar otros resultados del trabajo de la Junta de Usuarios de Servicios de Salud**